

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 92

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
CANCER DE L'ESTOMAC
ADHÉRENT AU COLON
OU AU MÉSOCOLON TRANSVERSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 24 Décembre 1931

PAR

Valentin-Émile-André LABAT-LABOURDETTE

INTERNE DES HÔPITAUX.

Né à SAUVETERRE (Basses-Pyrénées), le 6 janvier 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur	Président.
		VILLEMEN, professeur	Juges.
		LOUBAT, agrégé	
		DUFOR, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 92

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
CANCER DE L'ESTOMAC
ADHÉRENT AU COLON
OU AU MÉSOCOLON TRANSVERSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 24 Décembre 1931

PAR

Valentin-Émile-André LABAT-LABOURDETTE

INTERNE DES HÔPITAUX.

Né à SAUVETERRE (Basses-Pyrénées), le 6 janvier 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur	Président.
		VILLEMIN, professeur	Juges.
		LOUBAT, agrégé	
		DUFOUR, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale..... MAURIAC.	Zoologie et parasitologie..... MANDOUL.
id..... CASSAET.	Médecine expérimentale..... DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
id..... BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..... ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales... CARLES.	Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants... CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Anatomie..... VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique... SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Physiologie..... PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques PETGES.
Hygiène..... LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY
Médecine légale et déontologie..... LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité méd. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN
Chimie..... CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Botanique et matière médicale..... BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.. SELLIER.
Pharmacie..... DUPOUY.	

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... DUBECQ.	Chirurgie générale..... PAPIN.
id..... DUFOUR.	id..... JEANNENEY.
Physiologie..... FABRE.	id..... CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles..... R. SIGALAS.	id..... LOUBAT.
Médecine générale..... CREYX.	Obstétrique..... PERY.
id..... AUBERTIN.	id..... RIVIÈRE.
id..... DAMADE.	Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
id..... PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
id..... DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. VITTE
Maladies mentales..... PERRENS.	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire..... CAVALIÉ.	Puériculture..... FAUGÈRE.
Médecine opératoire..... PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.. GOLSE.
Accouchements..... RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.
Ophtalmologie..... CABANNES.	

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON FRERE MAURICE

A MA MERE

Faible témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MON PERE

Dont la vie toute d'honneur, de travail, de sacrifice et de dévouement sera pour nous le meilleur exemple.

A MON FRERE — A MA BELLE-SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

STAGE

1921—1922 MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CARLES.
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT.

EXTERNAT

1923 MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHER
MONSIEUR LE DOCTEUR LEFEVRE.

1924 MONSIEUR LE DOCTEUR DENIS.

1925 MONSIEUR LE DOCTEUR LACOUTURE.
MONSIEUR LE DOCTEUR BOUSQUET.

INTERNAT PROVISOIRE

1926 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CABANNES.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUFOUR (Pan-
sements externes).

INTERNAT

1927—1928 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CABANNES.
MONSIEUR LE DOCTEUR DENIS.
MONSIEUR LE DOCTEUR RABERE.

1929 MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAVANNAZ.

1930 MONSIEUR LE DOCTEUR LACOUTURE.
MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDERODIAS.

1931 MONSIEUR LE DOCTEUR LACOUTURE.
MONSIEUR LE DOCTEUR LEFEVRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DARGET

Chirurgien des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUFOUR

*Chef des Travaux anatomiques,
Chirurgien des Hôpitaux.*

A MESSIEURS CHARRIER, CHARBONNEL, PAPIN, LOUBAT,
LAFFARGUE, CHAUVENET (de Thouars).

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre respectueux et sincère gratitude pour les conseils et les observations qu'ils ont bien voulu nous communiquer.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACOUTURE

MON CHER MAÎTRE,

Pendant l'année passée dans votre service à Tastet-Girard, vous n'avez cessé de vous intéresser à nous avec une bienveillance particulière et de nous guider de vos précieux conseils. Vous nous avez séduit par votre énergie, votre bonté, par l'élégance de vos gestes opératoires. Je n'oublierai jamais les heures passées avec vous. Soyez assuré de mon profond attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEFEVRE

MON CHER MAÎTRE,

Pour compléter mon éducation chirurgicale, j'ai tenu à terminer mon internat dans votre service. J'ai pu y apprécier vos qualités de clinicien remarquable et d'opérateur prodigieux. Tous nos entretiens ont été pour moi une source de directives utiles et d'enseignements profitables. Je suis heureux de vous exprimer ici toute ma gratitude.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine
et de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Médaille interalliée et de la Médaille de la Victoire,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAÎTRE,

L'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de cette thèse est une marque de plus de la sympathie que vous me témoignez. Laissez-moi vous en remercier, tout en vous disant l'admiration que je porte pour votre enseignement clinique si clairvoyant, pour votre maîtrise opératoire et pour l'exemple de votre conscience professionnelle. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère et respectueuse reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
CANCER DE L'ESTOMAC
ADHÉRENT AU COLON
OU AU MÉSOCOLON TRANSVERSE

GENERALITES. — HISTORIQUE

Le diagnostic précoce du cancer de l'estomac est difficile et souvent les malades se présentent au chirurgien à un stade où la conduite à tenir est délicate et discutable. Si, à l'heure actuelle, tout le monde est d'accord pour dire que la gastrectomie est le seul traitement logique de ce cancer au début, il en est autrement lorsque la tumeur dépasse les limites de l'estomac et s'étend au mésocôlon ou au côlon transverse.

Ces deux notions sont, en effet, intimement liées, du fait qu'une blessure des vaisseaux du mésocôlon transverse (dans le cas d'adhérence au méso) peut entraîner la nécrose du côlon et nécessiter son exérèse, c'est-à-dire amener l'opérateur à une intervention plus considérable. D'ailleurs, ces

résections étendues, faites la main forcée ou systématiquement, ne sont pas de date récente. Les premières observations ont été publiées à la fin du siècle dernier et Leriche, en 1906, dans sa thèse, avait réuni 32 opérations de gastro-colectomie. Depuis, de nombreuses observations ont paru et des travaux ont tenté de légitimer des opérations qui semblent avoir un pronostic fâcheux : ce sont ceux de Delore et de Gouilloud au Congrès de chirurgie de 1912, de Kocher.

Perthes, en 1913, publie une technique réglée de gastro-colectomie, technique qu'Oppel applique en 1914 dans trois interventions.

Puis Küttner fait paraître sa statistique de gastrectomies pour cancer de l'estomac et cite 5 cas parmi les 135 publiés, dans lesquels il a dû enlever en même temps l'estomac et le côlon transverse.

En 1921, Mau, analysant les travaux de la clinique de Kiel, publie 18 cas de résections simultanées de l'estomac et du côlon, et rassemblant les cas parus dans la littérature médicale, rapporte 83 autres observations. Noordenbos, la même année, présente deux observations et Rossi une autre.

Göbell modifie alors la technique publiée par Perthes, tandis que Lefèvre et Costedoat en 1926, Bernon et Fruchaud en 1927, Delagénère, Picard publient de nouveaux cas. A l'occasion de ses observations, Delagénère décrit une nouvelle technique de gastro-colectomie, opération qui doit être bien réglée dès que le chirurgien a mesuré l'étendue des lésions, et il en communique les résultats cependant que Cunéo présente une nouvelle observation, en engageant à faire plus souvent cette double résection, de propos délibéré.

En 1927, MM. Charrier et Charbonnel, ayant opéré quatre cas analogues, publient le premier travail important sur la question.

MM. Lefèvre et Broustet en 1929, Delannoy, Gernez et Lambret en 1930, font paraître deux nouvelles observations.

Dans une statistique de Finsterer portant sur 54 cas de gastrectomie pour cancer de l'estomac, nous avons trouvé :

10 cas de résection du mésocôlon, 2 de ligature de la colique moyenne et 1 de gastro-colectomie.

Enfin, en 1931, Lehmann rapporte 15 cas personnels de résection gastro-colique.

Nous venons de voir que dans les observations qui ont paru jusqu'à ce jour, les auteurs se sont surtout occupés des cas où la résection gastro-colique était nécessaire. Cependant tous les cancers de l'estomac, adhérents au mésocôlon transverse, ne relèvent pas toujours d'une thérapeutique aussi mutilante et certains, comme nous le verrons, peuvent être traités par un clivage ou une simple résection du mésocôlon. C'est le mérite de MM. Charrier et Charbonnel d'avoir insisté sur ces faits, d'avoir précisé les caractères anatomo-pathologiques de ces envahissements et d'en avoir déduit les indications opératoires. Nos lectures, nos observations personnelles et celles que nous avons recueillies depuis, nous ont permis d'étudier de plus près les indications de la conservation.

Dans ce travail, laissant de côté les fistules gastro-coliques, nous avons adopté le plan suivant :

Techniques opératoires :

- I. — Opérations palliatives;
- II. — Opérations à tendance curative :
 - a) les gastro-colectomies;
 - b) les gastrectomies avec clivage ou résection du mésocôlon.

Les contre-indications et les indications opératoires :

- I. — Les contre-indications;
- II. — Les indications des gastro-colectomies;
- III. — Les indications des opérations limitées :
 - a) d'ordre anatomique;
 - b) d'ordre anatomo-pathologique.

Les résultats :

I. — Des gastro-colectomies :

- a) résultats immédiats;
- b) résultats éloignés.

II. — Des gastrectomies avec clivage ou résection du méso.

- a) résultats immédiats;
- b) résultats éloignés.

Conclusions.

TECHNIQUES OPERATOIRES

Du point de vue de la technique à employer, les cas se présenteront d'une façon différente suivant qu'on aura à faire ou non une résection du côlon. Dans une première catégorie d'opérations, les difficultés que rencontrera le chirurgien ne dépassent pas de beaucoup celles que présente une gastro-pylorectomie ordinaire, et ce n'est pas la dissection, quelquefois délicate d'ailleurs, d'une artère colique moyenne, sa ligature ou la résection plus ou moins étendue d'une partie du mésocôlon qui nécessitent des soins très spéciaux.

Au contraire, la résection supplémentaire du côlon mettra le chirurgien en présence d'un problème parfois difficile, et les obstacles rencontrés seront multipliés :

1° Le fait d'une extension aussi importante d'un cancer n'est pas sans s'accompagner d'une altération inquiétante de l'état général;

2° Les parois du côlon seront plus ou moins altérées, infectées par un contenu beaucoup plus septique que celui de l'estomac, avec dilatation en amont (cas d'occlusion intestinale du Docteur Lefèvre, obs. XLIX), autant de considérations qui permettent d'entrevoir le danger bien connu de cette chirurgie du gros intestin.

Quel traitement faudra-t-il appliquer à ce côlon réséqué ? Faudra-t-il rétablir immédiatement le cours des matières fécales ? Préférera-t-on, au contraire, les dériver ? La ligne de conduite sera parfois difficile à préciser.

Il faudra donc, quand l'extension possible du cancer de l'estomac au mésocôlon ou au côlon transverse sera prévue, préparer soigneusement les malades, préparation dont nous indiquerons les grandes lignes dans un chapitre spécial, puis bien

connaître les principes d'une technique que l'on pourra opposer avec succès à ce néoplasme malaisé à traiter.

Nous étudierons donc, d'une part, la technique de la gastrectomie seule, accompagnée de résection du mésocôlon, de dissection de l'artère colique moyenne ou de sa ligature et, d'autre part, celle des gastro-colectomies.

Les soins préopératoires.

Bien entendu, les malades que nous aurons à opérer seront fatigués; il faudra s'occuper de leur état général et de leur tube digestif, aussi bien bouche et estomac qu'intestin.

Au point de vue de leur état général, après examen de la tension artérielle, de l'acidose possible, de l'acétonurie, tares qui sont assez communes chez ces malades, on s'occupera principalement de les réhydrater au moyen d'injections de sérum sous-cutané ou de Murphy; on leur fera du sérum bicarbonaté s'ils présentent de l'acidose, et même avant l'intervention il ne sera pas inutile de pratiquer chez eux quelques transfusions de sang répétées, de 150 à 200 cc., et même plus, le jour de l'opération.

Au point de vue de leur appareil digestif et pulmonaire, on observera les mêmes rites que pour toute gastrectomie : désinfection buccale, lavages gastriques répétés, gymnastique respiratoire, désinfection pulmonaire (eucalyptine, lavement créosoté, vaccination préventive, etc.). Il faudra de plus se préoccuper de l'état du gros intestin, qui devra être évacué complètement, et, nous insistons sur ce fait, si le diagnostic est porté d'adhérence au côlon, nous conseillerions volontiers de faire une cœcostomie préalable (Desgouttes, Kummer). Cette précaution est actuellement presque universellement admise en matière de chirurgie du cancer du gros intestin au cas d'infection de ce dernier. Nous verrons d'autre part que cette cœcostomie a été pratiquée en même temps qu'une gastro-colectomie, et, comme nous ne connaissons pas de meilleur moyen de désinfection du gros intestin, nous imaginerions

facilement son emploi systématique. Naturellement cette cœcostomie serait pratiquée de dix à quinze jours avant l'opération principale : elle serait faite à l'anesthésie locale.

La question de l'anesthésie est encore très discutée; il semble que l'anesthésie à l'éther soit excellente, car, comme l'a dit Lecène, les méfaits dont on accuse l'éther sont en grande partie imaginaires, et les complications pulmonaires post-opératoires ne relèveraient pas du mode d'anesthésie. Mais il y a des cas où l'état général des malades contre-indique une anesthésie générale, et dans ces conditions l'anesthésie locale pariétale nous paraît le meilleur procédé, accompagnée de l'anesthésie des plexus cœliaque et mésentérique.

Enfin nous devons signaler que la rachianesthésie compte de nombreux partisans (Forgue, Basset, Hortoloméi, Luguët, *Journal médical français*, avril 1931). « C'est surtout quand il s'agit d'une gastrectomie que l'on prévoit difficile et longue, chez un malade âgé qui fait facilement de la congestion pulmonaire et dont les reins et le foie fonctionnent mal, où la locale serait insuffisante et chez lequel la narcose surtout à l'éther offre le risque de l'inhalation des sécrétions buccopharyngées et des produits résultant de la septicité buccodentaire, que la rachi est indiquée, et, sans conteste, a le mérite de diminuer en fréquence et en gravité le péril des complications pulmonaires et hépato-rénales. » (Forgue et Basset, Congrès français de chirurgie, 1928.)

Ces conclusions paraissent s'adresser aux malades dont nous nous occupons; la technique est de faire une injection de 12 à 15 centigrammes de syncaïne ou novocaïne entre D₁₀ et D₁₁ avec barbotage, les accidents d'hypotension étant combattus par la caféine, l'éphédrine ou l'adrénaline intraveineuse, si besoin est. Bien que nous ne l'ayons pas vu employer, cette méthode paraît devoir être retenue, mais il ne faut pas oublier l'hostilité qu'elle a soulevée dans de nombreux milieux chirurgicaux : l'inconstance de la limite supérieure de l'anesthésie et, malheureusement, des syncopes mortelles, ont tempéré l'enthousiasme de beaucoup.

I. — Les opérations palliatives.

Mise à part la laparotomie simple (constatation de noyaux secondaires au niveau du foie, ascite), il s'agit là d'opérations de dérivation, qu'elles soient pratiquées sur l'estomac ou sur l'intestin.

1° Sur l'estomac, on fera une gastro-entérostomie antérieure et précolique, étant donné qu'au niveau de sa face intérieure, le blocage est tel qu'aucun passage n'est libre; elle sera faite à anse longue, et on aura intérêt à la compléter par une jéjuno-jéjunostomie.

2° Sur l'intestin, au contraire, les opérations de dérivation seront dirigées contre les accidents d'obstruction ou d'occlusion; on pourra donc pratiquer soit une dérivation externe : cœcostomie (obs. du Dr Lefèvre), soit, plus rarement, une dérivation interne : iléo-sigmoïdostomie.

II. — Les opérations dites « curatives ».

A. — LES OPÉRATIONS SANS RÉSECTION DU CÔLON.

Il faut faire une gastrectomie et enlever en bloc la totalité des parties envahies, tumeur et ganglions. Il faudra lui adjoindre, selon les cas, le clivage des adhérences ou la résection du mésocôlon envahi.

Le cancer se propage rarement vers le duodénum, mais généralement sur l'estomac; l'envahissement ganglionnaire étant constant, il faut se rappeler que les territoires lymphatiques suivent les vaisseaux : les ganglions de la petite courbure suivent la coronaire stomachique; les sous-pyloriques sont situés le long de l'artère gastro-épiploïque, à une certaine distance de l'estomac; les rétro-pancréatiques adhèrent à la face postérieure de l'estomac et au pancréas.

Après décollement colo-épiploïque, on placera les ligatures sur les artères gastro-épiploïques, en se souvenant que la sec-

tion gastrique doit porter à environ 3 centimètres du cancer. La section première se fera indifféremment du côté le plus libre, après ligatures de la pylorique et de la gastro-duodénale. Pour la petite courbure, c'est du côté de la coronaire stomachique qu'il faudra porter ses efforts; on ira la lier au niveau de son origine, puis, en la rabattant, on ramènera avec elle tous les pédicules lympho-ganglionnaires. Cette manœuvre, employée couramment par le Docteur Lefèvre, permet d'éviter des résections très élevées et donne toute satisfaction quant à l'exérèse des ganglions.

Pour ce qui est des sections, on emploiera ou non les écraseurs ou les constricteurs (de Martel, Cunéo, Mayo, Pouchet). Il sera parfois prudent d'évacuer l'estomac avec l'aspirateur électrique.

Enfin, les sutures doivent constituer le grand souci du chirurgien; les enfouissements seront corrects, principalement du côté duodénal, qu'on emploie les procédés de la bourse, de Cunéo, de Mayo. Les sutures se feront au fil résorbable ou non.

Tous ces détails sont communs à toutes les gastrectomies pour cancer; certains cependant doivent être précisés, parce qu'ils sont spéciaux au genre de lésion que nous étudions et qu'il faudra faire également soit un clivage des adhérences, soit une résection du mésocôlon.

Le clivage et la résection du mésocôlon peuvent s'accompagner de ligatures qui risquent d'entraîner l'ischémie du côlon; la colectomie secondaire sera rendue nécessaire, et nous verrons dans le chapitre des « indications » quelles sont les directives à suivre. Nous voulons insister sur une manœuvre qu'il est possible de faire dans ces cas.

C'est la gastrectomie avec isolement systématique de l'artère du côlon transverse à partir de son origine sur la mé-sentérique.

Pour éviter l'ennui de se trouver, à la fin d'une gastrectomie, en face d'un côlon transverse à la fois contracté et très légèrement violacé, par suite d'une ligature involontaire

de l'artère du côlon Leriche propose de la repérer à sa naissance même sur la mésentérique, sur le bord inférieur du pancréas, dès le début de l'opération, et en passant par l'arrière-cavité.

Pour cela, il conseille, après un décollement colo-épiploïque, de relever le grand épiploon avec la grande courbure, basculée en haut : la face postérieure de l'estomac est bien visible dans toute la partie que les adhérences ne masquent pas, et on découvre aisément à la vue ou au besoin par transparence l'arcade de Riolan. On la suit dans sa partie gauche à la rencontre de l'artère du côlon transverse; on voit bien son origine, qu'on dépouille au tampon, puis le bistouri longe la concavité de la courbe artérielle jusqu'à ce que tout l'arc soit libre, ce qui se fait sans hémorragie.

Après avoir mis l'artère avec la partie gauche du mésocôlon sous une compresse avec le transverse, on peut continuer l'opération en toute tranquillité d'esprit.

Enfin, dans certains cas, on se trouvera en présence d'adhérences au niveau du pancréas, et la main forcée on devra faire la résection d'une partie de ce dernier; il y aura avantage à la pratiquer au thermocautère ou au bistouri électrique.

B. — LES OPÉRATIONS AVEC RÉSECTION DU CÔLON.

Technique de la gastro-colectomie.

Différentes techniques ont été proposées : nous allons les étudier dans l'ordre chronologique de leur publication, et nous verrons les modifications qui y ont été apportées.

Perthes a préconisé les manœuvres suivantes : après ligature en masse du mésocôlon, il écrase le côlon transverse : section du côlon et rétablissement de la continuité par anastomose bout à bout. Puis il s'attaque à l'estomac, place ses ligatures. Section et fermeture du duodénum. Section et fermeture de la partie supérieure de l'estomac. Bilhoth-II.

Les auteurs allemands ont en général suivi cette méthode, et l'année de sa publication, Opell l'appliqua trois fois.

En 1927, Delagénère a décrit une nouvelle technique; son opération comprend dix temps consécutifs, qui devront se succéder dans l'ordre suivant :

- 1° Section colique et épiploïque à droite;
- 2° Section colique et épiploïque à gauche;
- 3° Section et fermeture de l'estomac au-dessus de la tumeur;
- 4° Détachement de la masse de gauche à droite et section mésocolique;
- 5° Section et fermeture du duodénum au-dessous de la tumeur;
- 6° Hémostase générale et complète; vérification;
- 7° Gastro-entérostomie verticale postérieure;
- 8° Reconstitution mésocolique;
- 9° Suture colo-colique fistulisée à la peau;
- 10° Fermeture de la paroi; drainage.

Nous voyons donc que Delagénère conseille de faire la résection en bloc de la tumeur en sectionnant d'abord toute la masse à gauche, en la soulevant et en détachant simplement le mésocôlon de gauche à droite et, enfin, en pédiculisant la masse sur le duodénum.

Nous rapprochons de cette technique celle de Fruchaud, rapportée par Pauchet, qui enleva le bloc, non de gauche à droite, mais de droite à gauche. Ce dernier insiste sur l'importance qu'il y a à ouvrir d'abord l'arrière-cavité des épiploons par un décollement colo-épiploïque bilatéral en tissus sains pour voir si le pancréas n'est pas libre, auquel cas il faudrait abandonner l'exérèse, détail sur lequel insistent Bier, Perthes, Brunn et Stich.

Quel est le meilleur moyen de traiter le côlon réséqué ?

Chez ces malades, il sera bon de suivre les conseils qu'a donnés Ockinzick au sujet du cancer du côlon transverse (XXXI^e Congrès de chirurgie) et de sérier les temps opératoires.

Voici les techniques qui ont été employées :

1° LA COLECTOMIE SEGMENTAIRE AVEC ANASTOMOSE IMMÉDIATE.

a) *Le procédé de Reybard en un temps.* — On peut dire d'ores et déjà et sans tenir compte de la longueur et de la difficulté du procédé que son exécution exige plusieurs conditions^a : l'absence d'occlusion; une sténose peu marquée sans forte distension en amont; pas de signes de septicité du contenu intestinal se traduisant par de la fièvre, et localement par un aspect œdémateux de l'intestin ou du méso; enfin, la mobilité de ce dernier (longueur suffisante).

La continuité de l'intestin sera rétablie par une anastomose bout à bout (Lehmann : obs. II, III, IV, V, VI, VII, X, XI, XII, XIII, XIV; Lefèvre : obs. XVIII, XIX, XX, XXI; Delannoy-Gernez-Lambret : obs. XXII), ou latéro-latérale (Lehmann : obs. I, VIII, IX, XV). Dans ces cas, Mayo accorde une grande importance à l'iso-péristaltisme de l'anastomose.

b) *Cette résection avec anastomose immédiate pourra être précédée d'une dérivation préalable.* — Nous avons déjà mentionné que cette dérivation avait nos préférences : elle combat la rétention septique du bout supérieur et l'infection périnéoplasique. Elle sera le plus souvent externe, à la façon de Bumm-Schoffler (Lefèvre, obs. ILIX), soit que l'on fasse une simple fistule cæcale (Quénu, Duval), ou bien un anus cæcal large (Ockinzick, Desmaret). Nous ne connaissons pas de cas de dérivation interne précédant la gastro-colectomie : cette opération longue et choquante est à opposer à la cæcosomie, intervention simple par excellence. Signalons enfin que celle-ci a été pratiquée dans un même temps qu'un Reybard (Lehmann, obs. III et IV).

2° LA COLECTOMIE AVEC ANUS CONTRE NATURE « IN SITU ».

C'est l'opération de Bouilly-Volkman : les deux bouts coliques suturés partiellement dans leur demi-circonférence postérieure sont fixés à la peau.

On pourra employer parmi les différentes variantes de ce

procédé l'opération de Paul ou l'opération d'Hartmann. Les procédés de Mac-Kew ou de Lardennois sont trop compliqués pour être utilisés.

Les soins consécutifs seront ceux de tout anus en canon de fusil. Si les suites sont bonnes, on appliquera après quinze jours environ l'entérotome de Dupuytren, qui permettra, la plupart du temps, de faire la cure extra-péritonéale de cet anus.

3° LES COLECTOMIES ÉTENDUES.

Il n'est pas question de pratiquer ici des colectomies totales (Arbuthnot Lane, Taylor, Pauchet), qui même pratiquées isolément déterminent un shock opératoire excessif, non plus que des subtotaux (Lardennois). Seules, les héli-colectomies suivies d'iléo-transversostomie ou d'iléo-sigmoïdostomie ont été préconisées.

Elles sont particulièrement appropriées aux cancers adhérent à la partie droite du transversé, dont le méso est court et difficilement mobilisable.

L'iléo-transversostomie ou sigmoïdostomie consécutive sera termino-terminale, soit latéro-latérale, soit termino-latérale, suivant les préférences du chirurgien.

Ce temps opératoire, dirigé contre le gros intestin, doit obéir à certaines règles précises :

1° L'exérèse du côlon devra être proportionnelle à l'étendue de l'infiltration mésocolique, et par conséquent elle atteindra la moitié ou les deux tiers droits du côlon transverse dans les cas de cancer du pylore ou de la petite courbure, mais la presque totalité du côlon transverse dans le cas d'infiltration épiploïque, comme dans le cas de cancer de la grande courbure. La section colique devra passer en zone saine, mais le plus près possible des parties malades, car il faut envisager les conditions de rapprochement des extrémités sectionnées du côlon et la reconstitution mésocolique. Pour aider à ce résultat, il sera souvent utile de sectionner le ligament hépato-colique à droite et le ligament sous-splénique ou phrénocolique à gauche. Ces sections permettent l'abaissement et la

mobilisation des angles coliques et facilitent leur rapprochement.

2° Au point de vue de l'exérèse ganglionnaire en général, le chirurgien fera ce qu'il pourra, à l'opposé de ce que l'on recherche au niveau de la petite courbure de l'estomac, et il lui sera difficile, surtout quand la partie gauche du transverse sera envahie, de faire l'exérèse de tout le territoire lymphatique de ce colon, en particulier de suivre la technique spéciale de Richard : rechercher le groupe ganglionnaire principal de réunion des courants lymphatiques des côlons droit et gauche au niveau du bord inférieur du pancréas, dans l'angle de réunion des veines mésentérique inférieure et splénique. Cette imperfection de la technique, puisqu'il s'agit d'un cancer, est certainement un des facteurs fréquents de récurrence dans les cas de gastro-colectomies.

3° Les tranches intestinales, soit suturées, soit abouchées à la peau, devront être bien vascularisées. S'il n'en est pas ainsi, comme l'a dit Desmaret (*Presse médicale*, 1923, p. 69), on n'hésitera pas à pratiquer une recoupe (Lehmann, obs. I).

4° Si l'on est amené à pratiquer des sutures intestinales, leur perfection est à rechercher plus que le mode d'anastomose. Les sutures sont plus précaires dans le segment gauche que dans le segment droit, peut-être à cause de la dureté plus grande des matières et de la motricité (Cannon).

La qualité de l'intestin devra être appréciée de façon précise : la souplesse des parois, l'absence d'œdème de ces dernières et du méso, la constatation d'un calibre normal, sont des facteurs capitaux de réussite. Enfin, il est important de pratiquer un dégraissage systématique des tranches à suturer (Lefèvre).

5° Le drainage, pour certains, exposerait aux fistules; pour d'autres, il offrirait plus de sécurité, et c'est ainsi que le drainage à la Mikulicz a pu être conseillé : dans un seul cas où nous l'avons vu employer, le résultat ne fut guère satisfaisant.

CONTRE-INDICATIONS ET INDICATIONS OPERATOIRES

I. — Les contre-indications des opérations curatives.

a) *Il y a des contre-indications absolues en rapport avec l'état général des malades ou l'extension trop importante des lésions.* — C'est ainsi que les sujets présentant une anémie trop grande, les cachectiques, seront écartés d'emblée.

D'autre part, la constatation des métastases hépatiques ou autres, l'extension de la tumeur au cardia ou au péritoine voisin constituent un *noli ne tangere*.

b) *Il y a des contre-indications relatives : l'extension locale du cancer est différemment appréciée par les chirurgiens.* — L'extension du néoplasme au pancréas paraît être d'un mauvais pronostic. Ici il est difficile de fixer une ligne de conduite absolue. Bier dit, en effet, que l'envahissement de cet organe est une contre-indication à toute opération curative, et c'est aussi l'avis de Perthes, Brunn et Stick. Nous verrons dans l'étude des résultats des gastro-colectomies que la mortalité opératoire est beaucoup plus élevée dans les cas où l'on a dû faire une résection du pancréas; en particulier, Lehmann, qui, sur 15 cas, a 20 p. 100 de mortalité, dit que sa statistique de décès tombe à 7,7 p. 100 si l'on envisage seulement les observations où le pancréas n'était pas intéressé.

L'adhérence à l'intestin grêle est, pour la plupart, une contre-indication formelle : toutefois nous rapportons une observation de Lehmann où une partie du grêle fut réséquée au cours de la gastro-colectomie.

L'indication opératoire paraît donc être ici une question de tempérament. Nous relevons dans l'article de MM. Charrier et Charbonnel les opinions suivantes qui sont tout à fait expressives :

Cotte et Chalier s'abstiennent à la moindre extension du mal et ne veulent faire de gastrectomies que pour des cancers localisés tout à fait au début.

Tuffier et Roux-Berger écrivent : les adhérences au mésocôlon, dûment reconnues, contre-indiquent toute tentative d'exérèse.

Guinard considère ces adhérences comme une contre-indication à la gastrectomie et Hartmann ajoute : « Le plus sage, s'il en est temps encore, est de s'arrêter en présence d'adhérences sérieuses au côlon transverse et à son méso. »

Ces formules avaient été trouvées, à juste titre, trop absolues par MM. Charrier et Charbonnel, dont les conclusions paraissent confirmées par les 49 nouvelles observations que nous rapportons. C'est à la faveur de ces observations que nous voudrions préciser les indications opératoires.

II. — Les indications opératoires.

A. — IL Y A DES CAS OU LA GASTRO-COLECTOMIE SERA PRATiquÉE DE PARTI PRIS.

Lorsque, après la laparotomie, le chirurgien constate l'envahissement du côlon, et étant donné que les contre-indications précitées n'existent pas, il se décidera à faire une gastro-colectomie en vase clos. Cet envahissement peut se faire soit par adhérences, soit par lymphangite néoplasique : une telle distinction paraît un peu artificielle, car anatomiquement il y a combinaison des deux processus.

a) *Ce qui se présente parfois, c'est la « prise en bloc » de l'estomac, du côlon et du mésocôlon. La chirurgie ne sera possible qu'en cas de mobilité du bloc gastro-colique : on recherchera la possibilité de son extériorisation. — Et alors toute exérèse ne pourra être faite sans compromettre la vitalité d'une partie du côlon; une colectomie secondaire deviendrait nécessaire dont la technique est moins satisfaisante qu'une résection en masse et dont les résultats pour certains*

seraient moins encourageants. Il est parfois difficile d'apprécier quelles sont les limites anatomiques des possibilités d'exérèse et Delagènière conseille d'opérer « si l'adhérence est au côlon même, le méso étant indemne, mais même si l'infiltration cancéreuse étendue au méso n'a pas dépassé sensiblement à gauche la région vertébrale ».

Dans certains cas le méso paraît seul envahi, mais sur le côlon on découvre un ou plusieurs noyaux cancéreux : il ne faut pas hésiter — la gastro-colectomie s'impose ici aussi.

b) *Bien souvent à cet envahissement direct s'ajoute une propagation lymphangitique périgastrique*; le bloc ainsi formé comprend des ganglions, les uns cancéreux, les autres inflammatoires, et en particulier, quand le cancer siège au niveau du pylore ou de la petite courbure, le côlon transverse se trouve pris dans cette masse. C'est ainsi que, pour ne citer que les observations inédites que nous rapportons, dans le cas de Papin (obs. XVII), nous voyons que la tumeur épigastrique palpée est formée par d'énormes adénopathies sous-pyloriques et dans le cas de Chauvenet (de Thouars) nous voyons que la tumeur adhérente au côlon comprend de volumineux ganglions qui par ailleurs remontent très haut sur la petite courbure.

S'il s'agit d'un cancer mésogastrique ou de la grande courbure, le côlon est attiré vers l'estomac par les ganglions et l'infiltration du mésocôlon et de l'épiploon (observation du Dr Lefèvre : obs. XX).

Dans ces cas, la lésion mésocolique est plus étendue et intéresse la presque totalité du côlon transverse. Le fait de cette extension obligera à une résection très large de l'épiploon, de façon à éviter toute métastase ultérieure dans les ganglions.

Quand, au niveau de l'antrum, l'adhérence par propagation lymphatique, au méso et au côlon, est serrée et comprend de nombreux ganglions, l'exérèse en bloc du côlon, de l'épiploon rétracté et envahi, du mésocôlon transverse avec les ganglions rétro-pyloriques, sera recherché si du moins le chirurgien a la place de passer, en particulier du côté du duodénum.

Evidemment, en présence de lésions aussi complexes, on sera fatalement opportuniste. *Cependant, nous conseillerions de préférence la technique de l'exérèse en bloc à la façon de Delagénière*, dont nous avons indiqué les principes généraux dans le chapitre précédent et qui nous paraît convenir à la majorité des cas. Cette technique simplifie l'opération en évitant toute dissection du mésocôlon et donne une sécurité suffisante au point de vue de l'asepsie.

Pour Lehmann, il est sans importance de commencer l'intervention par l'estomac ou le côlon : « Ce qu'il faut, dit-il, c'est mobiliser d'emblée l'estomac et le côlon, dans les cas où le mésocôlon est envahi dans la région de la colique moyenne comme Perthes l'a déjà signalé. »

On pourra, parfois, hésiter avant d'adopter tel ou tel mode de suture :

1° *Au niveau de l'estomac.* — Le type de gastrectomie paraît assez indifférent. Lehmann conseille de faire, toutes les fois que cela sera possible, quand la tension des sutures n'est pas trop grande, Bilioth-I, et sur 15 cas il l'a réalisé.

Finsterer, au contraire, critique le Bilioth-I, dangereux à cause de la distension des sutures et de la sténose qui peut se produire au niveau de la bouche, en cas de récidive.

Le Docteur Lefèvre, dans ses interventions, emploie le procédé de Bilioth-II. MM. Papin, Chauvenet et Delannoy ont fait des « Polya ».

C'est à ces derniers procédés que nous donnons la préférence et la supériorité d'un Bilioth-II ou d'un Polya paraît incontestable, car, seuls, ils permettent de larges exérèses.

2° *Au niveau du côlon.* — Les conclusions de MM. Charrier et Charbonnel nous paraissent pleines de sagesse; nous les rapportons intégralement : « Adapter la terminaison de l'opération à sa difficulté, à sa longueur, à la résistance de l'opéré, en même temps qu'aux possibilités de rapprochement des bouts coliques. En principe, l'abouchement temporaire et plus ou moins complet des deux bouts à la peau, semble être la meilleure, ou, pour mieux dire, la plus utile technique. »

L'anús in situ enlèvera au chirurgien le grave souci du rétablissement de la continuité du côlon et lui permettra de ne pas être parcimonieux en matière d'exérèse.

Cependant, nous voyons que Delannoy, Noordenbos, n'ont pas hésité à faire des sutures immédiates du gros intestin. Dans ses quatre cas, le docteur Lefèvre a fait la suture bout à bout, et sur 15 cas Lehmann l'a faite 12 fois; dans les 3 autres cas, il a fait une anastomose latéro-latérale avec une mortalité de 20 p. 100; 2 fois il fit une cæcostomie concomitante avec un cas de mort postopératoire. Cette précaution est évidemment utile, puisqu'elle met au repos les sutures, si elle ne doit pas trop allonger la durée de l'opération.

En opposition avec ces observations, nous rapportons deux cas, suivis de mort, de gastro-colectomie avec anus *in situ*. Ces résultats paraissent en contradiction avec les conclusions de MM. Charrier et Charbonnel énoncées plus haut. Faut-il s'incliner devant les faits ? *A priori* non. Les statistiques rapportées par un même chirurgien sont trop faibles; les cas pouvaient être extrêmement différents au point de vue de l'extension des lésions, de la résistance du sujet. La sagesse paraît être ici, comme en matière de chirurgie des côlons, de se conformer aux règles énoncées par Ockinzick et d'étager les temps opératoires : les résections pourront être plus étendues et l'intervention en sera écourtée, gros avantage.

B. — IL Y A DES CAS D'ADHÉRENCES AU SEUL MÉSOCÔLON OÙ LA GASTRO-COLECTOMIE SERA UNE OPÉRATION DE NÉCESSITÉ; ON SE CONTENTERA SOUVENT D'OPÉRATIONS PLUS LIMITÉES : CLIVAGE OU RÉSECTION DU MÉSOCÔLON AVEC OU SANS LIGATURE DE LA COLIQUE MOYENNE.

Plusieurs considérations peuvent déterminer le chirurgien à utiliser telle ou telle technique : c'est ainsi que le caractère anatomo-pathologique des lésions, la notion des territoires lymphatiques pouvant être envahis, la connaissance

exacte de la vascularisation du côlon transverse, la trop grande mortalité opératoire d'une méthode par rapport aux autres, les résultats éloignés vraiment trop déconcertants d'autres procédés, sont autant de facteurs qui pèseront sur la décision à prendre.

1° Les caractères anatomo-pathologiques des adhérences au mésocôlon.

Il s'agit de ce que MM. Charrier et Charbonnel ont décrit sous le nom « d'adhérences moyennes ». La proximité des organes, l'accolement anatomique des mésos, expliquent la fréquence relative de telles adhérences. Tous les cancers de l'estomac, ceux de l'antra, de la petite courbure, y sont sujets; ce sont, surtout, ceux de la grande courbure (thèse de Pourcelet, Bordeaux, 1931) et de la face postérieure qui adhèrent au mésocôlon.

Il faut considérer ces adhérences du point de vue de leur nature et de leur importance.

a) La nature des adhérences. — Si ces adhérences sont cancéreuses, dit Chauvenet, les résections sont absolument nécessaires; si elles sont inflammatoires, on pourra tenter leur libération (Delore et Florence). La difficulté est de faire le départ entre la nature cancéreuse ou inflammatoire: il n'y a aucun critérium clinique ni macroscopique pour faire cette différence. Pour MM. Charrier et Charbonnel, qui ont fait des examens microscopiques, les adhérences en peau d'orange ou en ombilication impliquent à coup sûr un envahissement cancéreux du méso et une nature cancéreuse de l'adhérence; les adhérences légères, filamenteuses, avec défaut de glissement, seraient simplement suspectes (Cunéo).

Ce détail semble de peu d'importance et sans portée pratique. En réalité, ce n'est que rétrospectivement que l'on pourra dire d'adhérences qu'elles n'étaient qu'inflammatoires en se basant sur la durée de la survie.

b) Leur importance. — Elles sont assez lâches, quelquefois

vélamenteuses, permettant le clivage et se manifestant cliniquement par un « défaut de glissement » (Charrier et Charbonnel). Ces cas ont été traités par de simples clivages; c'est ce que nous rencontrons dans les observations XXV, XXVI, XXVII, XXVIII.

B. La prise du mésocôlon dans les autres cas est beaucoup plus accentuée; on trouve tous les intermédiaires entre la prise en bloc et les adhérences lâches, clivables, dont nous venons de parler; c'est alors qu'on rencontre les exemples typiques de « peau d'orange » ou « d'ombilication » (Chauvenet). Dans ces cas, l'on devra s'assurer par un examen minutieux que les pourtours de cette zone fixe sont libres, souples, sans adénopathies et sans prise du pancréas.

Il sera tentant, dans ces deux circonstances, pour le chirurgien, d'éviter la gastro-colectomie complémentaire et de faire soit un clivage, soit une résection du mésocôlon.

2. *Ces opérations limitées sont-elles possibles au point de vue pratique ? Sont-elles satisfaisantes du point de vue théorique ?*

Au point de vue pratique, les observations que nous rapportons de clivage et de résection du mésocôlon confirment la valeur de la méthode quand il s'agit des suites immédiates et nous verrons que la mortalité opératoire, qui est de 29 p. 100 dans les gastro-colectomies, tombe ici à un pourcentage insignifiant.

Par ailleurs, le chirurgien doit prévoir la blessure possible ou la ligature nécessaire de l'artère colique moyenne. La lésion des arcades vasculaires, l'hémorragie abondante qui cache tout et la crainte justifiée du sphacèle du côlon forcent parfois la main du chirurgien qui termine par une colectomie.

Nous avons cependant indiqué que la ligature des artères n'est pas une conséquence fatale de la résection du mésocôlon. A ce propos, il est bon de rappeler la disposition très variable des vaisseaux du côlon transverse, description que

nous empruntons à Richard : il existe un type moyen qui comprend :

1. Une artère colique droite, dite *colica media*, née devant la troisième portion du duodénum, quelquefois au-dessus, jamais au-dessous pour Buy, rarement pour Frantz;

2. Une branche ascendante, branche de bifurcation supérieure de l'artère colique gauche supérieure, qui, accolée à la veine mésentérique inférieure, forme à gauche de l'angle duodéno-jéjunal, en dedans du pôle inférieur du rein gauche, l'arc vasculaire de Treitz. Sa branche destinée au côlon transverse se dirige en haut et à droite dans l'épaisseur du mésocôlon et s'anastomose avec la branche similaire de la *colica media*, pour former l'arcade de Riolan.

Voici exposées schématiquement les dispositions en présence desquelles on peut se trouver :

A. — Vaisseaux venus de la mésentérique supérieure :

- 1° Deux artères (par bifurcation précoce de la *colica media*) dans la partie droite du mésocôlon transverse, 27 p. 100;
- 2° Trois artères, 27 p. 100;
- 3° Plus de trois artères, 28 p. 100;
- 4° Une seule artère, 15 p. 100;
- 5° Pas d'artère, 3 p. 100.

B. — Vaisseaux venus de la mésentérique inférieure :

- 1° Pas d'artère, 50 p. 100;
- 3° Une artère, 45 p. 100;
- 3° Deux artères, 5 p. 100.

La disposition des arcades est également variable : le type schématique comprend une seule arcade d'où partent les vaisseaux droits, comme les dents d'un peigne (22 p. 100).

Dans 75 p. 100, il existe deux arcades artérielles étagées dans la hauteur du méso. Dans 3 p. 100, il existe trois séries d'arcades superposées.

L'étude de ces variations explique que, dans certains cas où la colica media est particulièrement grêle, où les collatérales sont développées, si la ligature porte non sur le tronc principal, mais sur une bifurcation anormalement précoce, la gangrène du côlon ne soit pas à craindre (Cuneo). A ce propos, Hartmann expose les idées de Rydigier : quand la section du mésocôlon porte entre l'intestin et les premières arcades vasculaires, la gangrène est fatale; au-dessus, au contraire, des sections pouvant aller jusqu'à 9 et 10 centimètres sont compatibles quelquefois avec une bonne nutrition de l'intestin.

Nous voyons une illustration de ce fait dans l'observation de M. Loubat (obs. XLIII), qui a pu lier, sans nécrose du côlon, deux branches vasculaires, mais en respectant l'arcade juxta-intestinale.

Mais parfois il faudra bien vérifier que ces ligatures artérielles ne s'accompagnent pas de menace de sphacèle du côlon, qui amènerait le chirurgien à pratiquer la colectomie de nécessité. Dans plusieurs de ces observations, Lehmann, à la fin de son opération, constatant la mauvaise vascularisation du côlon, se décida à le réséquer (Obs. II, IV, V, XIII, VIII).

Ces réserves faites, il résulte que le clivage et la résection du méso sont possibles, ainsi que la ligature — sans résection intestinale — des grosses artères du côlon transverse. Il faut bien le dire, de telles pratiques ne sont pas faites pour satisfaire l'esprit d'un chirurgien qui, en matière de cancer, s'efforce d'enlever en même temps que la tumeur les territoires lymphatiques qui peuvent être envahis.

B. Il est classique d'admettre l'indépendance anatomique des territoires lymphatiques de l'estomac et du côlon transverse (travaux de Cunéo, Buy, Descomps et Turnesco, Richard). Ce dernier, dans son travail sur les pédicules vasculaires et lympho-ganglionnaires du côlon transverse, écrit : « Sur aucun de nos sujets nous n'avons trouvé de communication lymphatique visible entre les lymphatiques de la

paroi du côlon transverse et ceux du grand épiploon, tributaires de la grande courbure. » Il insiste encore sur ce fait que l'embryologie ne permet d'entrevoir aucune communication entre les lymphatiques du mésocôlon et ceux du grand épiploon.

En opposition à ces faits, Lorin signale qu'en injectant plusieurs pièces d'estomac et de côlon transverse, il a vu très souvent se dessiner des lymphatiques et des ganglions dans le grand épiploon et le ligament gastro-colique. Même en négligeant les conclusions de Lorin, la tendance actuelle est de considérer comme possible la communication des lymphatiques de l'estomac et du côlon.

Dans le cas de cancer du côlon transverse, Cunéo pense que le groupe satellite des artères gastro-épiploïques, le long de la grande courbure, doit être tenu pour suspect et enlevé. Inversement et par le même mécanisme, dans le cancer de l'estomac, il peut y avoir envahissement des territoires lymphatiques du côlon transverse. En tout cas, ce qui paraît démontré, c'est que l'adhérence physiologique entre le feuillet direct du grand épiploon et les deux tiers supérieurs du côlon transverse, d'une part, et l'adhérence entre les deux feuillets du grand épiploon d'autre part, créent des communications fréquentes. D'ailleurs, en matière de cancer, il est facile d'invoquer la réalité de communications secondaires pathologiques. Une première conclusion s'impose : *par l'intermédiaire du grand épiploon, le cancer de l'estomac peut atteindre, par voie lymphangitique, le territoire lymphatique du côlon transverse.*

Et, dès lors, n'est-il pas prétentieux, même si l'on résèque une partie du côlon transverse, d'espérer une guérison éloignée, du moment que l'on peut supposer que les lymphatiques de ce dernier sont déjà envahis ? Nous connaissons, depuis les travaux de Richard, la difficulté, sinon l'impossibilité d'une action chirurgicale sur les ganglions du côlon transverse. (Nous ne supposons pas que les ganglions mésocoliques soient envahis par voie rétrograde après envahisse-

ment premier des ganglions rétro-pancréatiques, venu lui-même du groupe cœliaque : dans ce cas, toute tentative d'exérèse serait vaine.)

Dans le cas d'envahissement par l'intermédiaire du grand épiploon, ou bien les ganglions marginaux ou intermédiaires seront seuls envahis, ou bien avec eux les groupes profonds du méso, juxta-sous-pancréatique et plus loin encore rétro-pancréatique péri-portal. Il ne sera évidemment pas question d'ajouter à une gastrectomie déjà longue et difficile une exérèse élargie du transverse, avec ses pédicules lymphatiques profonds sous et rétro-pancréatiques (Duval, Richard, Lorin).

De cet exposé, il résulte :

Que, du moment où l'on constate une adhérence du cancer au mésocôlon, les ganglions marginaux ou intermédiaires du côlon transverse et même les sous et rétro-pancréatiques peuvent être envahis (soit par embolie, soit par propagation). On ne fera donc jamais une exérèse théoriquement suffisante puisque avec le cancer on ne fera pas l'ablation des ganglions tributaires.

Si les ganglions profonds sont pris, le chirurgien sera évidemment impuissant; dans les autres cas, et ce sont ceux que nous avons en vue, il pratiquera tout de même l'exérèse du cancer, même s'il y a des ganglions dans le mésocôlon qu'il réséquera : ceux-ci pouvant n'être qu'inflammatoires (Témoin, Mayo).

En résumé, de l'étude des cas précis que nous venons d'énumérer, on peut dégager ces conclusions :

a) Il sera souvent possible (l'étude anatomo-pathologique nous l'a montré) de faire des opérations limitées du côté du mésocôlon (clivage-résection du mésocôlon avec ou sans ligatures).

b) Ces opérations limitées ne donnent pas une entière satisfaction puisqu'elles négligent systématiquement de faire l'exérèse d'une partie des territoires lymphatiques dépendant du cancer.

c) Dans une chirurgie aussi mutilante, le chirurgien devra

savoir rester modeste, et ayant pratiqué la gastrectomie, se contenter, s'il peut, d'un clivage ou d'une résection du mésocôlon avec ou sans ligature. Dans ces cas d'adhérences au seul mésocôlon, ce n'est que la main forcée (crainte d'ischémie du gros intestin) qu'il se résoudra à faire la résection de ce dernier.

Les conclusions de Leriche nous paraissent très justes :
« En pratique, bien qu'il faille réséquer, c'est par le clivage qu'on commence presque toujours... et on s'en contente si cela va. »

Nous allons d'ailleurs voir, dans les résultats, que ces opérations soi-disant limitées ne sont pas absolument décourageantes et que quelques résultats éloignés favorables viennent récompenser les efforts du chirurgien.

RESULTATS

Nous diviserons l'étude des résultats en deux chapitres : le premier comprendra les résultats immédiats et éloignés des gastro-colectomies, le deuxième ne concernera que les gastrectomies avec clivage ou résection du mésocôlon avec ou sans ligatures.

I. — Résultats des gastro-colectomies.

A. — MORTALITÉ OPÉRATOIRE.

Nombre des cas de gastro-colectomies que nous avons recueillis depuis le mémoire de MM. Charrier et Charbonnel :

Lehmann, 15;
Chauvenet (de Thouars), 1;
Papin, 1;
Lefèvre, 4;
Delannoy, Gernez-Lambret, 1;
Noordenbos, 1;
Finsterer, 1,

au total 24.

Sur ces 24 cas, nous avons 7 morts opératoires, c'est-à-dire une mortalité de 29,1 p. 100.

Ces morts sont dues :

1° *Au shock opératoire* (obs. I, Lehmann) : opération laborieuse, due à l'envahissement et à la résection du pancréas (on a dû faire une cholécysto-entérostomie);

2° *A la péritonite* (obs. XI, Lehmann); avec résection du pancréas (obs. XX, Lefèvre) : à l'autopsie, on constate une

désunion des sutures du transverse, laissant le jour à une perforation des dimensions d'une pièce de deux francs et un infiltrat purulent à ce niveau;

3° *Aux complications pulmonaires* (obs. XVI, Chauvenet);

4° *A la cachexie postopératoire avec fistule stercorale* (obs. XIV, Lehmann) adhérences au pancréas, (obs. XXI, Lefèvre) : nous avons pu suivre ce malade après l'opération : comme dans le cas de Lehmann, il faut signaler une diarrhée abondante et l'apparition d'une fistule gastrique puis d'une fistule stercorale. Le sujet ne présente guère de température, mais un état subfébrile, une légère élévation le soir; il éprouve de la difficulté à avaler, même les liquides, et refuse toute nourriture. On tenta des piqûres d'insuline, qui n'amenèrent aucune amélioration. Le malade mourut le vingt-cinquième jour.

5° *A une cause non précisée* (obs. XVII, Papin).

D'autre part, nous voyons que, dans ces cas de mort, la technique de la colectomie a été :

3 fois l'anastomose immédiate (obs. I, XII, XIV, de Lehmann; obs. XX, XXI, de Lefèvre);

2 fois l'an *in situ* (Chauvenet, obs. XVI; Papin, obs. XVII).

Dans les cas de guérison, la technique employée a été :

Lehmann : anastomose immédiate, 12;

Lefèvre : anastomose immédiate, 2;

Noordenbos : anastomose immédiate, 1;

Delannoy : anastomose immédiate, 1;

Finsterer : abouchement en canon de fusil, 1.

De cet exposé, on peut conclure que, sur 7 cas de morts postopératoires, 3 sont dus au fait qu'au cours de l'opération on a dû faire une résection du pancréas; une fois le shock opératoire a été la cause du décès. Dans un autre cas, ce sont les complications pulmonaires qu'il faut accuser. Donc, du point de vue pratique et en éliminant le cas de M. Papin, qui

ne peut nous renseigner sur la cause de la mort, il nous reste quatre cas où la mort est due à la désunion des sutures. Sur 4 de ces cas, 3 fois au moins la désunion s'est produite au niveau du côlon (2 cas de fistules avec cachexie, obs. XIV et XXI; 1 cas de péritonite, obs. XX). Dans ces 3 cas, l'anastomose avait été immédiate. Peut-être un anus *in situ* aurait évité ces accidents. Ceci semble apparemment en contradiction, comme nous l'avons déjà signalé, avec les résultats des guérisons opératoires, puisque, sur 17 guérisons, 16 ont été obtenues avec des anastomoses immédiates. N'oublions pas, cependant, qu'il s'agit de cas isolés, pour la plupart, et la statistique la plus importante (15 cas de Lehmann), à ce propos, n'a pas de valeur démonstrative; rien ne prouve que ce dernier chirurgien, au lieu de 12 guérisons sur 15, ce qui est déjà admirable, n'en aurait pas obtenu davantage avec une technique différente. Nous avons déjà exposé les raisons qui nous font préférer logiquement l'anus *in situ* à l'opération de Reybard.

B. — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.

Sur les 12 cas de Lehmann qui ont survécu à l'opération :

5 sont morts de récurrence et métastases :

- après 3 mois (obs. II);
- après 6 mois (obs. IV);
- après 10 mois (obs. V);
- après 1 an (obs. VIII);
- après 3 ans 1/4.

1 malade (obs. XIII) est mort de cause inconnue six semaines après l'opération.

4 malades vivent après 2 ans 1/2 (obs. VI), 3 ans (obs. IX), 5 ans (obs. X).

1 autre présente une récurrence après 1 an.

Dans les observations de Lefèvre, on trouve une mort de récurrence après un an; l'autre malade est en excellente santé après 2 ans.

Enfin Noordenbos signale une survie de 8 ans et le malade de Finsterer est en bon état après 5 ans.

Ainsi donc, il existe plusieurs cas où la survie dépasse 3 ans, terme au delà duquel les auteurs parlent de guérison, en matière de chirurgie du cancer.

Nos résultats, au point de vue de la mortalité opératoire, sont à peu près semblables à ceux de Charrier et Delore qui donnent une mortalité de 23 et 31,5 p. 100. D'autre part, nous insistons sur ce fait que les résultats éloignés, favorables des gastro-colectomies, au-dessus de 3 ans, ne sont pas l'exception.

II — Résultats des gastrectomies avec clivage ou résection du mesocôlon.

RÉSULTATS GLOBAUX. — Nombre d'opérations : 24, dont 4 avec clivage, 6 avec résection et ligatures.

Mortalité opératoire. — 1 dans un cas de clivage. Mort subite le huitième jour, de cause inconnue. Il est évident que cette statistique n'a qu'une valeur relative, mais elle semble indiquer que ces libérations partielles n'assombrissent pas d'une façon notable le pronostic des gastrectomies habituelles pour cancer.

Résultats éloignés. — Sur les 23 cas qui restent, 7 n'ont pas été suivis.

Sur les 16 qui ont été revus, on a, au-dessus de 3 ans :

2 cas de résection du méso avec ligature (obs. XLIII, Loubat, et obs. XLV, Finsterer);

9 cas de résection du méso sans ligatures; ils appartiennent tous à la statistique de Finsterer et dépassent 3 ans

Pour les opérations avec clivage nous n'avons pas de résultats éloignés

Parmi ces 16 cas, nous trouvons encore :

Obs. XXIX : 1 mort après 6 mois (résection simple du méso);

Obs. XVIII : 1 mort après 4 mois (résection avec ligature);

Obs. XXVIII : 1 mort après un an (clivage).

Quant aux autres opérés, ils sont encore vivants, mais leur guérison ne date pas encore de 3 ans.

En conclusion, de même que les résultats immédiats, les résultats éloignés sont suffisamment bons pour encourager le chirurgien à pratiquer ces exérèses.

OBSERVATIONS

Observations de gastro-colectomie.

OBSERVATION I.

(LEHMANN.)

Femme de 68 ans, 4 mai 1916.

Tumeur du volume d'une petite pomme, palpable, sensible à la pression, située dans l'épigastre.

Opération (8 mai 1916). — Tumeur de la grosseur d'une pomme, adhérente au côlon transverse. Ganglions durs le long de la petite courbure. Cas jugé à la limite de l'opérabilité. Bilroth-II. Résection de la tête du pancréas. Blessure du cholédoque et du canal pancréatique, Ligature du cholédoque. Cholécysto-entéro-anastomose. Le côlon transverse, dont on avait réséqué d'abord 5 centimètres, doit être réséqué davantage en raison de sa mauvaise vascularisation.

Anastomose latéro-latérale. Drain. Fermeture du ventre. Mort un quart d'heure après l'opération.

OBSERVATION II.

(LEHMANN.)

30 août 1920 : Femme de 70 ans, qui souffre de l'estomac depuis six mois; a souvent des nausées, quelquefois des vomissements. La palpation de l'épigastre montre la présence d'une tumeur mobile.

Opération (2 septembre 1920). — Tumeur de la grosseur du poing, occupant le corps de l'estomac. Nombreux ganglions vers le pancréas; adhérences dans le mésocôlon.

Après résection de l'estomac, fermeture du duodénum et de l'estomac. Gastro-entérostomie rétrocolique.

L'opération terminée, on voit que le côlon est mal nourri : résection de 15 centimètres du côlon transverse : suture bout à bout.

Anatomie pathologique. — Cancer colloïde.

Suites opératoires. — Fistule stercorale passagère, qui se ferme spontanément.

19 octobre 1920 : Etat général médiocre. Granulations sur la plaie. Les pesanteurs reviennent, puis les douleurs gastriques sont de plus en plus fortes. La récurrence est probable et le malade meurt en février 1921, soit cinq mois après l'intervention.

OBSERVATION III.

(LEHMANN.)

Homme de 60 ans. Souffre de l'estomac depuis six mois. Amaigrissement rapide de 10 kilos. Tumeur grosse et palpable.

Opération (14 juin 1921). — Tumeur du corps de l'estomac, envahissant et infiltrant le côlon transverse et le mésocôlon. Ganglions dans le petit épiploon. Résection gastro-colique en bloc. Résection gastrique avec Bilioth-I.

Comme l'anastomose latéro-latérale est impossible, suture bout à bout; la tension des sutures est grande : épiplooplastie. Anus cæcal.

Anatomie pathologique. — Carcinome encéphaloïde.

Suites opératoires. — Au début, mauvais état général. Dans l'après-midi du troisième jour, syncope, mains froides, sueurs. A partir de ce moment, la température monte, sensibilité du ventre à la pression.

Mort le sixième jour.

Autopsie. — Péritonite purulente. Congestion pulmonaire.

OBSERVATION IV.

(LEHMANN.)

24 août 1921 : Homme de 51 ans. Souffre de l'estomac depuis quatre ans, mais depuis un mois les douleurs ont redoublé. Tumeur épigastrique visible.

Opération (27 août 1921). — Tumeur de la grande courbure propagée au côlon transverse. Ganglions dans le ligament gastro-colique et le mésocôlon, ainsi que dans l'épiploon. Foie normal.

En premier lieu, résection de l'estomac. Fermeture du duodénum. Gastro-entérostomie rétrocolique.

Puis résection du côlon transverse, dont la vascularisation est insuffisante à cause de l'exérèse d'une portion de 30 centimètres de mésocôlon. Suture bout à bout en trois plans. Anus cæcal.

Anatomie pathologique. — Adéno-carcinome.

Suites opératoires. — Pas de complications.

26 septembre 1921 : Quitte la clinique avec son anus cæcal; la plaie suppure un peu.

26 novembre 1921 : Le malade est revu. Le foie déborde d'une largeur de main le rebord costal (métastase ?).

Mort neuf mois après l'opération.

OBSERVATION V.

(LEHMANN.)

7 juin 1922 : Homme de 62 ans. Souffre depuis un an de l'estomac après les repas. Constipation opiniâtre. Amaigrissement notable. On sent une masse dans l'épigastre.

Opération (12 juin 1922). — Tumeur de l'estomac adhérente avec sténose. Petites nodosités néoplasiques dans le ligament gastro-hépatique. Ganglions dans le ligament gastro-colique et vers le mésocôlon. En libérant la tumeur du mésocôlon, une branche de

la colique moyenne; qu'on avait cherché à protéger soigneusement, a été blessée.

Après résection de l'estomac, fermeture du duodénum. Gastro-entérostomie. Après avoir terminé la résection, on voit que le côlon, qui, pendant l'opération, s'était teinté de bleu, ne reprend pas son état normal. Résection de l'étendue d'une paume de main. Anastomose bout à bout.

Histologie. — Cancer encéphaloïde, avec, par endroits, dégénérescence colloïde.

Suites opératoires. — A part un petit abcès de la paroi, pas de complications.

30 juin : Sort de la clinique, en bon état. Ses forces reviennent. Revu quatre mois après. A repris complètement ses occupations. En décembre, attaque d'apoplexie; le malade décline; il est très constipé. On pense à une récurrence. Il meurt en avril 1923 (dix mois après).

OBSERVATION VI.

(LEHMANN.)

28 avril 1922 : Homme de 55 ans. Souffre de l'estomac depuis des années. A perdu l'appétit. Vomissements. Tumeur palpable.

Opération (1^{er} mai 1922). — Anesthésie locale et éther. Tumeur de la grosseur d'un œuf dans la région prépylorique, adhérente au mésocôlon.

Mobilisation de l'estomac et du côlon. Section et fermeture du duodénum. Section de l'estomac au-dessus de la tumeur. Fermeture de l'estomac. Résection du côlon et suture bout à bout (15 centimètres). Gastro-entérostomie rétrocolique postérieure.

Anatomie pathologique. — Cancer encéphaloïde.

Suites opératoires. — Sans complications.

Le 18 juin : petit abcès de la paroi ouvert et drainé.

30 juin : en parfait état.

Juillet 1927 (cinq ans après l'opération) : en excellente santé; ne s'est jamais plaint d'aucune douleur d'estomac, s'alimente bien.

OBSERVATION VII.

(LEHMANN.)

Femme de 52 ans. Entrée le 18 décembre 1922. Depuis un an et demi, la malade éprouve de la difficulté pour aller à selle. Jamais de vomissements. Elle présente une tumeur palpable dans la région épigastrique.

Opération (22 décembre 1922). — Tumeur de la grande courbure, adhérente au côlon transverse sur 5 centimètres. Ganglions dans le grand épiploon. Foie et pancréas libres.

Bilroth-I. Anastomose bout à bout du côlon par suture en trois plans.

Micro. — Adéno-carcinome en voie de transformation en cancer colloïde.

Suites opératoires. — Petit abcès de la paroi. Pas d'autres complications. Dans les semaines suivantes, augmentation de poids de 4 kilos. La malade quitte l'hôpital, le 5 février, guérie.

Elle a été revue le 15 janvier 1926 : récidence inopérable et métastase hépatique.

Mort le 11 mai 1926.

OBSERVATION VIII.

(LEHMANN.)

Homme de 42 ans. Entre le 4 août 1923. Souffre de l'estomac depuis six mois. Vomissements après les repas. Tension de l'épigastre sans tumeur perceptible.

Opération (9 août. — Tumeur de la partie prépylorique, du volume du poing d'un enfant. Ganglions jusqu'au *fundus*. Ganglions dans le mésocôlon. Pas de métastases ailleurs. Après résection de l'estomac et du mésocôlon, Bilroth-II, avec gastro-entérostomie *oralis totalis*. Après la résection, le côlon transverse n'est pas bien nourri sur une étendue de 15 centimètres. Résection de cette portion et anastomose latéro-latérale.

Suites opératoires. — Petit abcès de la paroi. Pas de complica-

tions. Sorti le 29 avril 1923. Revu le 26 mai 1924 : mauvais état général. Avait repris du poids après l'opération, mais depuis, amaigrissement, constipation, hoquet, récurrence palpable.

Le 8 juillet, jéjunostomie, parce qu'il rejette tout ce qu'il prend.

Le 22 juillet, il est à toute extrémité.

OBSERVATION IX.

(LEHMANN.)

Homme de 56 ans. Entre le 22 septembre 1924. Souffre de l'estomac depuis un an. Fatigué, mais pas amaigri. Pas de tumeur palpable.

Opération (1^{er} octobre 1926). — Grande tumeur, bien limitée, dans la région prépylorique. Infiltration du mésocôlon de l'étendue d'une paume de main. Pas de métastases ailleurs. Résection de l'estomac et du côlon. On mobilise l'estomac et le côlon. On coupe le duodénum et on le ferme. Section du côlon, dont les deux bouts sont suturés, et on enlève toute la pièce. Gastro-entérostomie rétro-colique.

Anastomose latéro-latérale du côlon.

Pas de complications. Quitte l'hôpital le 18 octobre 1926.

7 janvier 1925 : Augmentation de poids de 5 kilos. Pas de récurrence.

26 juillet 1926 : Abdomen souple. Etat général bon.

3 août 1927 : Bon état général. Augmentation de poids de 12 kilos depuis l'opération. A atteint son poids habituel. Selles régulières. Pas de diarrhée ni de constipation.

Quelques nodules dans la cicatrice, sensible à la pression

Abdomen souple. Pas d'ascite.

OBSERVATION X.

(LEHMANN.)

Femme de 60 ans. Entrée le 27 janvier 1925. Souffre de l'estomac depuis neuf mois. Hoquet. Nausées. Tumeur palpable dans la région épigastrique.

Opération (31 janvier 1925). — Tumeur de la région prépylorique avec infiltration du mésocôlon dans la région de la colique moyenne. Pas de métastases. Résection de l'estomac et du côlon. Bilioth-I. Anastomose bout à bout du côlon. Suture en trois plans.

Micro. — Adéno-carcinome.

Suites opératoires. — Pneumonie gauche. Sort le 27 février. Revue le 4 août 1927. Augmentation de poids de 13 kilos. Bon état général. Selles régulières. Cicatrice bonne. Abdomen souple. Pas de récurrence.

OBSERVATION XI.

(LEHMANN.)

Homme de 33 ans. Entre le 3 février 1925. Souffre de l'estomac depuis des années. A eu un ictère il y a dix ans. Tumeur palpable.

Opération (5 février 1925). — Tumeur du volume du poing, qui a infiltré le mésocôlon transverse sur une étendue d'une paume de main. Tête du pancréas libre. Résection de l'estomac et du côlon. Bilioth-I. Suture en trois plans, bout à bout, du côlon.

Micro. — Cancer « solidum » squirrheux.

Suites opératoires. — Pas de complications. Exit le 18 février 1925.

25 mai 1925 : Se porte bien. A augmenté de 15 kilos.

17 octobre 1925 : Amaigrissement de quelques kilos. Douleurs de la cicatrice.

26 février 1926 : Récurrence.

OBSERVATION XII.

(LEHMANN.)

Homme de 42 ans. Entre le 26 janvier 1925. Souffre de l'estomac depuis trois ans. Hoquet. Sensation de plénitude gastrique. Vomissements quotidiens. Amaigrissement considérable. Tumeur arrondie dans la région épigastrique.

Opération (30 janvier 1925). — Tumeur du volume d'une paume de main dans la région prépylorique. Adhérences larges avec le

pancréas et le côlon transverse. Pas de métastases ganglionnaires. Résection de l'estomac, du côlon et du pancréas, après avoir mobilisé toute la tumeur et réséqué épiploon et ligaments. Fermeture du duodénum. Anastomose de l'estomac avec l'anse grêle rétrocolique. Anastomose bout à bout du côlon. Suture exacte du pancréas.

Micro. — Cancer à petites cellules.

Suites opératoires. — Dépérissement à partir du quatrième jour.

Mort le 4 février 1925.

Nécropsie. — Péritonite diffuse, purulente et séro-hémorragique. L'opération a été radicale : on est passé en tissu sain; on trouve quelques ganglions mésocoliques envahis. Pas de métastases ailleurs. La suture de l'estomac n'avait pas été suffisante. Hémorragie parenchymateuse dans l'intestin et dans la cavité abdominale. Adhérences de la rate et état subseptique de la rate. La plaie de la paroi est désunie et infectée secondairement, tandis que la suture de la peau est intacte.

OBSERVATION XIII.

(LEHMANN.)

Femme de 49 ans. Entrée le 6 septembre 1926. Souffre de l'estomac depuis neuf mois. Amaigrissement.

Opération (9 sept. 1926). — Tumeur de la région antrale du volume du poing. Métastases ganglionnaires dans le ligament gastro-hépatique, remontant près du cardia, le long de la grande courbure, dans l'épiploon et le mésocôlon. Comme la tumeur est mobile, on la résèque, avec une partie du mésocôlon. Bilroth-I. — A la fin de l'intervention, le côlon n'est pas suffisamment nourri : résection de 7 centimètres. Anastomose bout à bout.

Anatomie pathologique. — Cancer globo-cellulaire, encéphaloïde.

Suites. — Pas de complications. Quitte l'hôpital le 26 septembre 1926. Revue le 8 juillet 1927. Après l'opération, a engraisé, mais à cette date souffre de nouveau.

Décédée le 31 octobre 1927 (pas d'autopsie).

OBSERVATION XIV.

(LEHMANN.)

Femme de 37 ans. Entrée le 4 février 1927. Souffre de l'estomac depuis trois mois. Hoquet. Douleurs. Amaigrissement.

Opération (10 février 1927). — Grosse tumeur de l'estomac, qui a infiltré le mésocôlon à sa base. Ganglions dans l'épiploon. Envahissement du pancréas. Résection de l'estomac, du côlon et d'une partie du pancréas. Anastomose bout à bout du côlon, par suture en trois plans.

Fermeture du duodénum. Gastro-entérostomie rétrocolique. Suture du pancréas.

Anatomie pathologique. — Adéno-carcinome.

Suites. — Bronchite. Le sixième jour, diarrhée. Pas de température. Le onzième jour, fistule stercorale, phlébite de la jambe gauche.

3 mars 1927 : Quitte l'hôpital en mauvais état.

La fistule persiste. Mort en cachexie quatre semaines après.

OBSERVATION XV.

(LEHMANN.)

Femme de 61 ans. Entrée le 25 mars 1927.

Elle dit ne souffrir de l'estomac que depuis trois semaines. Sensation de plénitude gastrique. Hoquet. Il y a deux jours, à ressenti de violentes douleurs abdominales. Etat général assez bon.

Tumeur palpable, mobile, du volume des deux poings, dans la région de l'hypocondre droit, et qui semble provenir des organes génitaux.

Opération (29 mars 1927). — Grosse tumeur de l'estomac, qui a envahi le péritoine pariétal, le côlon transverse et une anse grêle. Infiltration de l'épiploon. Foie et pancréas libres.

On résèque la pièce entière, avec 20 centimètres de côlon et 40 centimètres de grêle. Anastomose latéro-latérale du côlon et du

grêle. Fermeture du duodénum. Anastomose antécولية de l'estomac et du grêle. Jéjuno-jéjunostomie.

Anatomie pathologique. — Adéno-carcinome.

Suites. — Abscess de la paroi. Diarrhée peu importante.

Guérison. — Exeat le 10 mai.

Revue en juillet 1927 : cicatrice bonne. A engraisé de 7 kilos.

16 août 1927. Depuis quelques semaines, douleurs dans la région de la cicatrice. Bon état général. Dans la région hypogastrique, on perçoit une petite tumeur douloureuse, traitée par les rayons X.

OBSERVATION XVI (Inédite).

(Due à l'obligeance du Docteur CHAUVENET, de Thouars.)

Mme D..., 37 ans, malade du Docteur Albrespy.

Il s'agit d'une femme encore jeune, sans aucun « passé gastrique », qui s'est mise à maigrir, puis à avoir des douleurs gastriques vagues il y a quatre ou cinq mois. Enfin, elle a vu apparaître et se développer rapidement une masse au niveau de la région épigastrique.

Depuis quelques jours, il y a des vomissements alimentaires. Un éminent consultant médical d'une ville voisine a vu la malade il y a quelques semaines (alors que l'état général était encore bon), a fait le diagnostic de néoplasme de l'estomac et a formellement déconseillé l'intervention. L'examen montre une femme très maigre, pâle, fatiguée. La palpation fait sentir, à l'épigastre, une tumeur du volume d'une orange, dure, mobile. Le foie n'est pas augmenté de volume; pas d'ascite; pas de signes cliniques de généralisation. La radioscopie montre une image lacunaire amputant la portion horizontale de l'estomac.

Après préparation d'usage, *intervention*, le 25 juin 1931.

Anesthésie loco-régionale de la paroi après injection de 2 cc. de Sédol. Laparotomie médiane susombilicale. Grosse tumeur gastrique, adhérente au côlon. Il existe une volumineuse adénopathie remontant haut sur la petite courbure. La face inférieure du méso-

côlon présente ce piqueté en capiton que nous avons décrit dans notre thèse. La tumeur gastrique est aussi fortement adhérente en arrière, ainsi que nous le montrera le reste de l'exploration opératoire. Pas de signes de diffusion néoplasique intrapéritonéale.

Les lésions sont telles qu'il est hors de doute qu'on doit, ou reculer, ou pratiquer une gastrocolectomie, qui sera ardue. La malade est jeune; nous avons promis de « tout faire », et nous nous décidons pour l'exérèse.

On conduit ainsi l'intervention :

a) Hémostase pylorique et gastro-duodénale; section du duodénum et enfouissement du moignon;

b) Effondrement du petit épiploon; ligature haute de la coronaire; libération presque complète de la zone d'adhérence intergastro-pancréatique; on amarre avec un fil de lin la partie de la petite courbure où sera faite la section gastrique projetée;

c) Décollement colo-épiploïque à droite et à gauche de la zone d'adhérence gastro-colique pathologique; ligature de la gastro-épiploïque gauche; on amarre avec un fil de lin la grande courbure;

d) Section au bistouri électrique du côlon, en amont et en aval de la tumeur; hémostase; libération complète de la tumeur gastrique;

e) Les deux bouts coliques étant protégés, on rabat en haut et en dehors du ventre la masse tumorale et l'on ébauche la gastro-jéjunostomie en faisant le surjet séro-séreux postérieur;

f) Section gastrique au bistouri électrique; ablation de la tumeur; achèvement de la gastro-jéjunostomie (type Polya) en deux plans de suture au fil de lin;

g) La malade donnant des signes de fatigue, on abouche les deux bouts coliques (placés en canons de fusil) à la peau et l'on ferme la paroi en un plan, en laissant, pour drainer, une lame de caoutchouc ondulé.

Durée totale de l'intervention : 1 h. 40.

Les suites opératoires sont d'abord assez agitées. Il y a quelques vomissements, calmés par des lavages gastriques. La lame de caoutchouc est enlevée le quatrième jour. L'issue des matières par le côlon se fait le sixième jour. A ce moment, la partie semble gagnée,

mais la malade est fatiguée, fait des accidents pulmonaires, qui l'emportent le neuvième jour après l'intervention.

Diagnostic histologique (Mlle Dubreuilh). — Epithélioma atypique.

OBSERVATION XVII (Inédite).

(Prof. agrégé. PAPIN.)

Femme de 45 ans, entrée à l'hôpital pour une tumeur épigastrique que l'on palpe au-dessus de l'ombilic et pour laquelle le diagnostic de néoplasme de l'estomac est porté. A la laparotomie, il existe bien un néoplasme de l'estomac, mais celui-ci est loin situé à gauche, le long de la grande courbure, et caché sous le rebord costal gauche. La tumeur épigastrique palpée est formée par d'énormes adénopathies néoplasiques des ganglions sous-pyloriques. Cette masse ganglionnaire néoplasique englobe côlon et mésocôlon transverse. Bien que la situation paraisse au-dessus des possibilités chirurgicales, on fait une pyloro-gastrectomie, qui, à gauche, remonte très loin sous les fausses côtes, à cause de la situation haute de la tumeur primitive. D'autre part, on englobe dans la résection une partie du côlon transverse avec le méso correspondant. La continuité gastro-jéjunale est rétablie par un Polya. Les deux bouts du côlon sectionné sont apouchés côté à côté à la paroi, en canon de fusil.

La malade a succombé au bout de quelques jours, non seulement du fait de la résection colique, mais aussi de la gravité d'une gastrectomie remontant aussi haut sous les côtes.

OBSERVATION XVIII.

(LEFÈVRE et COSTEDOAT.)

C... (Marie), 69 ans, Ludon. Entre le 29 septembre 1926 dans le service du Docteur Lefèvre pour tuméfaction périombilicale.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou personnels. En avril 1926, la malade, jusque-là bien portante, se sent prise d'une asthénie profonde, avec sensation douloureuse épigastrique.

C'est une douleur peu aiguë : sensation de tiraillement, s'irradiant en arrière, dans les lombes, et ne présentant aucune relation avec l'ingestion d'aliments. Anorexie légère sans dégoût électif; pas de vomissements, mais amaigrissement rapide : 10 à 15 kilos. Constipation assez opiniâtre, sans melæna. Pas d'ictère.

L'apparition d'une tumeur périombilicale décide la malade à entrer à l'hôpital.

Examen (1^{er} octobre). — Malade amaigrie. Facies coloré. Température 37°9.

L'inspection de l'abdomen décèle une voussure para-ombilicale descendant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et s'étendant, de chaque côté, jusqu'au rebord costal.

A la palpation, on trouve une tumeur volumineuse, dure, irrégulière et légèrement douloureuse. Elle correspond environ aux limites fixées par l'inspection, mais est moins facilement délimitable à droite qu'à gauche. La peau et la paroi sont mobiles sur elle, mais il est difficile de mobiliser la tumeur dans sa profondeur. Clapotage à jeun. On ne peut déceler d'ascite. Le foie et la rate semblent de dimensions normales.

Au point de vue fonctionnel, on note une anorexie marquée, de la constipation. Pas de vomissements ni de crise colique ou d'obstruction. Pas d'ictère.

Les autres appareils sont normaux. Cependant, légers phénomènes bronchitiques : intradermo-entérocoque négative. Urines normales. Urée sanguine : 0,40 p. 1.000.

Liquide gastrique :

Stase :

Hcl libre, 0;
Acidité totale, 0,47;
Kastle-Meyer, —.

Epreuve :

Hcl libre, 0;
Acidité totale, 0,43;
Kastle-Meyer, +.

Bordet-Wassermann négatif.

Radio. — Image lacunaire volumineuse très nette au niveau de la région pylorique, correspondant à la tumeur palpée sous l'écran.

Dans les jours qui suivent l'entrée à l'hôpital, poussées thermiques vespérales à 39 degrés. Des lavages quotidiens d'estomac sont institués, et la température redevient normale.

Désinfection de la cavité buccale et des dents. Sérum sucré bicarbonaté en Murphy.

Intervention (20 octobre 1926). — Anesthésie locale : allocaïne à 1/2 p. 100. Laparotomie médiane susombilicale. Anesthésie des splanchniques par 10 cc. allocaïne à 1 p. 100.

On trouve une énorme tumeur stomacale s'étendant du pylore au tiers moyen de l'estomac. Le mésocôlon transverse est envahi et adhérent. Pas de métastase hépatique appréciable.

Pyloredo-gastrectomie de gauche à droite. Résection des deux tiers de l'estomac, du mésocôlon transverse et de la moitié du côlon transverse. Bilioth-II et suture termino-terminale du côlon transverse.

Fixation du reste du méso transverse à l'estomac pour situer la bouche de gastro-entérostomie dans l'espace sous-mésocolique. Deux drains.

Fermeture de la paroi en un plan au fil de bronze. La pièce examinée montre une énorme tumeur, ulcérée et sphacélée, occupant la moitié environ de l'estomac. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un « épithélioma à petites cellules, développé probablement aux dépens de la région pylorique; mitoses assez nombreuses; tumeur très maligne » (P. Sabrazès).

Suites opératoires. — Sans incident les premiers jours. Huile de paraffine. La malade va spontanément à la selle le sixième jour, et régulièrement ensuite, avec légère diarrhée.

Le douzième jour, phlébite du membre inférieur gauche.

Le seizième jour, à la partie supérieure de la plaie opératoire, écoulement d'un liquide légèrement verdâtre irritant les téguments : fistule duodénale probable.

Mais la malade mange avec appétit; son état général se remonte et elle augmente de poids. La fistule se ferme spontanément pour réapparaître par intermittences.

Lever le 12 décembre 1926. Bon état général.

La malade est décédée un an après l'intervention, de récidence.

OBSERVATION XIX.

(LEFÈVRE et BROUSTET.)

Mme G..., âgée de 37 ans, nous est envoyée, dans les premiers jours de décembre 1929, parce qu'elle souffre de l'estomac.

Son histoire est très simple : elle a toujours joui d'une bonne santé; la seule maladie qu'on relève dans son passé est une fièvre typhoïde régulière, survenue il y a deux ans et guérie sans incident.

En juin dernier, il y a donc six mois seulement, cette jeune femme a commencé à éprouver quelques troubles digestifs; il s'agissait simplement d'une sensation de pesanteur épigastrique qui survenait au milieu des repas et s'accompagnait de nausées. Inquiète, elle consulta un médecin, qui porta le diagnostic de dyspepsie nerveuse et conseilla un traitement banal.

Bien qu'elle ait suivi ces prescriptions au cours des mois de juillet, août et septembre, aucune amélioration ne se produisit. Des troubles nouveaux apparaissent, au contraire : des vomissements, qui surviennent au moment des accès douloureux, à la fin des repas; elle remarque que ces vomissements calment ses douleurs, aussi les provoque-t-elle lorsqu'ils ne sont pas spontanés. En outre, son appétit diminue; elle commence à maigrir; elle pâlit.

En octobre, elle va consulter le Docteur A..., qui fait un tubage et un examen radioscopique. Le liquide gastrique ne contient pas d'acide chlorhydrique libre, mais renferme du sang. Une image lacunaire des plus nettes est découverte au niveau du pylore. Ces signes imposant le diagnostic de néoplasme gastrique, le Docteur A... conseille à la malade une intervention chirurgicale, qui n'est pas acceptée.

En novembre, les troubles se sont encore accentués; l'anorexie est de plus en plus marquée; des vomissements aqueux surviennent le matin à jeun; une sensation pénible de gonflement épigastrique suit l'absorption de tous les repas.

Aussi la malade va-t-elle voir le Docteur G..., qui, faisant exactement les mêmes constatations que le Docteur A... avait faites un mois plus tôt, lui fait accepter la nécessité d'une intervention chirurgicale et nous l'envoie.

C'est une jeune femme dont l'aspect général est excellent; elle est restée rose et fraîche et conserve un embonpoint suffisant. Elle affirme cependant avoir pâli et avoir perdu 8 kilos depuis le mois de juin.

L'examen et la palpation de l'abdomen permettent de trouver une énorme tumeur, qui occupe la région sus et sous-ombilicale; elle a le volume d'une tête de fœtus; sa surface est bosselée, ses bords dessinent la forme générale de l'estomac; elle est submate à la percussion; elle est mobile, et dans le sens transversal et dans le sens vertical. On trouve à son niveau du clapotage.

L'examen général de la malade ne révèle par ailleurs aucun signe anormal.

Le diagnostic de néoplasme de l'estomac s'impose de toute évidence, et l'intervention est décidée.

Elle a lieu le 10 décembre. Anesthésie générale à l'éther. Incision médiane sus et sous-ombilicale.

Une énorme tumeur, du volume des deux poings, se présente immédiatement; elle va du pylore au milieu du tiers moyen de l'estomac; l'épiploon est rétracté, mais ne paraît pas envahi; le foie est sain. Mais le mésocôlon est pris dans sa partie centrale, au niveau de la colique moyenne; l'adhérence à la tumeur se fait sur une zone assez large, jusqu'à la naissance des arcades.

On fait d'abord un décollement colo-épiploïque, qui permet d'apprécier exactement l'invasion du mésocôlon et de faire la ligature des vaisseaux de sa portion centrale.

Après quoi, on enlève en un seul bloc les trois quarts pyloriques de l'estomac et les deux quarts moyens du côlon transverse. Section première du duodénum, puis de l'estomac à 3 ou 4 centimètres du cardia, après avoir fait la ligature de la coronaire stomachique à son origine. Section du mésocôlon transverse en dedans des ligatures déjà pratiquées et désinsertion de sa base, où se trouvent des ganglions. Section du côlon transverse.

Fermeture du duodénum, près de l'estomac. Gastro-entérostomie postérieure.

Suture termino-terminale du côlon transverse. Fermeture de la brèche méso-colique, dont on suture les deux bords, droit et gauche, à l'estomac. Mise en place d'un drain.

Durée de l'intervention : 4 h. 40.

Fermeture de la paroi en un seul plan, aux crins.

Les suites sont très simples; la malade est alimentée le lendemain même de l'opération et on lui fait prendre immédiatement des extraits biliaires et de l'huile de paraffine, pour provoquer les contractions intestinales. La température reste normale; le pouls s'élève à 120 et se maintient à ce rythme pendant trente-six heures. Au début du second jour, la malade rend des gaz; elle va à la selle le troisième. Dès lors, son pouls se ralentit et devient tout à fait satisfaisant. Il faut noter seulement que pendant plusieurs jours elle a eu des selles diarrhéiques, qui, au début, furent même sanglantes. C'est la règle après toute résection colique tant soit peu étendue.

L'examen histologique a pleinement confirmé le diagnostic clinique, mais le ganglion le plus haut situé sur la petite courbure n'était pas envahi, mais présentait seulement une réaction inflammatoire.

Nous avons revu cette malade, qui est en excellente santé deux ans après l'opération.

OBSERVATION XX (Inédite).

(D^r LEFÈVRE.)

Mme H..., 62 ans. Entre à l'hôpital pour troubles gastriques et grande anémie, le 13 avril 1931.

Depuis un an a perdu l'appétit et sent ses forces décroître. Elle ne fait qu'un repas par jour, à midi; le soir, elle boit un peu de lait. Après le repas, sensation de pesanteur et malaise.

Numération globulaire : 2.360.000 hématies; 4.000 leucocytes; 45 p. 100 d'hémoglobine.

Liquide de stase et repas d'épreuve : Anachlorhydrie.

Réaction de Kastle-Meyer positive.

Opération 24 avril 1931). — Volumineux néo de la grande courbure de l'estomac, avec ganglions rétropancréatiques. Gastrectomie large, avec résection du côlon transverse. Suture de l'intestin termino-terminale. Bilroth-II. Drain.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération, température, 37°4; pouls, 86, bien frappé.

25 avril : Température, 36°6; pouls, 92.

26 avril : Même état.

27 avril : Le soir, température, 38°4; pouls, 110. Ventre souple, indolore. Bon facies.

28 avril : Température, 36°6; pouls, 100. Quelques râles à la base droite.

29 avril : La malade a passé une nuit moins bonne que les précédentes : légère dyspnée. Le matin, la malade fait sa toilette elle-même, mais vers 6 heures elle présente brutalement un état syncopeal, avec refroidissement des extrémités : huile camphrée, éther.

Elle accuse une dyspnée de plus en plus vive, entre dans le coma vers 7 heures (à ce moment, température 38 degrés) et meurt à 8 heures du matin.

Autopsie (30 avril 1931). — Désunion des sutures du transverse laissant le jour à une perforation de la dimension d'une pièce de 2 francs. Infiltrat purulent à ce niveau. Ascite dans le ventre, paraissant avoir propagé l'infection. Anses intestinales légèrement dilatées. Sutures gastriques et duodénales en très bon état. Cœur : pas de thrombose cardiaque.

En somme, infection locale propagée par la suite à tout le péritoine.

OBSERVATION XXI (Inédite).

(D^r LEFÈVRE.)

Depuis trois mois, le malade se plaint d'avoir perdu l'appétit et d'avoir maigri de plus de 20 kilos. Pas de douleurs épigastriques. Pas de vomissements.

A l'examen, on ne constate aucun signe particulier dans la région épigastrique, si ce n'est une légère douleur à la pression profonde. Pas de tumeur perceptible.

L'état général paraît convenable, malgré un teint jaunâtre. Poids du malade au moment de l'intervention, 75 kilos. Aucun antécédent pathologique. Urines normales. A la radio, image lacunaire au niveau de l'antré.

Opération (22 août 1931). — Anesthésie générale à l'éther. Volumineux néo de la région prépylorique, adhérent largement au mésocolon transverse. On se décide d'emblée à faire une gastro-colectomie : section et suture du colon bout à bout ; gastrectomie large. Bilroth-II. Drainage.

Durée : 1 h. 35.

Suites opératoires. — Le lendemain de l'opération, malade fatigué. Température, 38 degrés. Pouls, 100, irrégulier, avec intermittences. Sérum de Hayem (300). Murphy glucosé (500). Selle abondante, liquide, mélangée à des caillots sanguins.

2^e jour : Malade très agité. Tousse et crache abondamment. Soif ardente. Sérum de Hayem et second Murphy. Selle abondante et fétide.

3^e, 4^e et 5^e jours : Température, 37°2-37°6. Bouche très sèche. Lavement glucose de 250 grammes.

6^e jour : Fistule gastrique. Température, 36°8-37°6.

8^e jour : Etat inquiétant. Délire. En faisant le pansement, on constate une fistule stercorale à la partie inférieure de la plaie.

8^e au 12^e jour : Etat stationnaire. Le malade commence à s'alimenter. On continue les lavements glucosés.

13^e au 15^e jour : Le malade éprouve de la difficulté pour avaler, même les liquides. On commence alors des piqûres d'insuline, mais le malade refuse toute nourriture et meurt le 25^e jour.

Pendant les 40 premiers jours, on fit également de la septicémie, de l'eucalyptine, ainsi que des toni-cardiaques. Matin et soir cataplasmes sinapisés.

OBSERVATION XXII.

(DELANNOY, GERNEZ et LAMBRET.)

Un malade, âgé de 51 ans, entre le 26 mars 1930 dans le service du Professeur Lambret, pour des douleurs abdominales, dont le début remonte à cinq ans, siégeant à l'épigastre et dans la fosse

iliaque gauche, sans autres troubles gastriques et intestinaux. Son état général ne s'est surtout aggravé que depuis deux mois. Il se présente le teint bistré, amaigri et considérablement asthénisé.

La palpation ne permet pas de percevoir de tumeur abdominale, mais elle éveille des douleurs dans une région située à trois travers de doigt à gauche et au-dessous de l'ombilic.

L'examen radiologique montre un estomac ne contenant pas de liquide, à jeun. La limite est à trois travers de doigt sous les côtes. A l'union du bas-fond et de la portion verticale, on trouve sur la grande courbure une encoche irrégulière, déchiquetée, de forme invariable, et qui présente les caractères de l'aspect lacunaire. Le bas-fond est un peu élargi. Les contractions péristaltiques sont précoces; elles siègent sur le bas-fond et se propagent le long des deux courbures. L'évacuation gastrique est rapide. Elle est complète en deux heures. Le bulbe duodénal est vertical, étiré; la seconde portion lui est postérieure.

Cet examen aboutit à la conclusion de néoplasme de la grande courbure gastrique.

La réaction de Meyer dans les selles a été positive trois fois. Les autres épreuves de laboratoire sont normales et légitiment une intervention chirurgicale, qui est pratiquée le 7 avril par le Professeur Delannoy, d'abord à l'anesthésie locale, ensuite à l'anesthésie générale au balsoforme.

A la laparotomie médiane susombilicale, on a constaté une tumeur ayant les caractères de néoplasme, mobile, ayant envahi la grande courbure de l'estomac, la partie médiane du côlon transverse, l'épiploon gastro-colique, le tout formant bloc, sans adhérences profondes ni ganglions indurés d'aspect cancéreux.

L'estomac est sectionné et on prend soin de couper la coronaire stomachique au moment où elle aborde l'estomac. En raison de l'étendue du néoplasme, cette section se dirige obliquement vers la portion verticale de la grande courbure. Le pylore est immédiatement fermé par un double surjet à la soie, puis on sectionne le côlon transverse à droite et à gauche de l'envahissement néoplasique. La portion du transverse ainsi réséquée a une longueur de 12 centimètres environ; on vérifie immédiatement que les extrémi-

tés proximale et distale peuvent être aisément rapprochées. Section du mésocôlon transverse en triangle.

Le bloc gastro-colique peut être enlevé sans difficulté du fait de l'absence d'adhérences avec le pancréas. On fait une entérorraphie termino-terminale immédiate pour diminuer le temps septique de l'opération.

On rétrécit la bouche stomacale par un double surjet à la soie et on l'abouche au jéjunum (Polya-Mickulicz).

Jéjuno-jéjunostomie complémentaire. Fermeture de la paroi aux fils d'argent sans drainage. L'opération a duré une heure.

Les suites furent simples, apyrétiques. Le deuxième jour, le malade fait des gaz, et le troisième il va spontanément à la selle. Il quitte l'hôpital le douzième jour, en bonne voie de guérison.

Malade revu six semaines après son opération. Etat général très amélioré ; ses forces sont revenues, il a grossi de 5 kilos. Les douleurs ont disparu et ses fonctions digestives sont tout à fait normales.

OBSERVATION XXIII.

NOORDENBOS

Femme de 39 ans. Examinée en mai 1914. Depuis le mois de mars, a perdu l'appétit; dégoût des graisses. Amaigrissement considérable. En avril, sont apparues des douleurs gastriques, avec nausées, mais sans vomissements. Constipation opiniâtre; selles foncées, melæna. Pas de pyrexie.

Examen. — Malade maigre et anémiée. Ventre un peu ballonné, pas de péristaltisme. Dans l'épigastre, au-dessus de l'ombilic, on sent une masse, en forme de saucisse, dure, douloureuse à la pression; elle est mobile de haut en bas avec la respiration; à gauche de la ligne médiane. Foie normal. Rate et reins non palpables.

Toucher vaginal négatif.

Présence de sang dans les selles.

Le tubage à jeun ramène un liquide jaunâtre, avec des débris alimentaires, fétide, contenant du sang. On ne fait pas le repas d'épreuve.

Radiographie. Image lacunaire sur la grande courbure, près du pyllore. L'estomac se vide mal, quoique le pyllore soit libre.

Opération (16 mai 1914). — Injection de scopolamine morphine. Anesthésie locale. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Tumeur du volume d'une noix de coco, siégeant sur la grande courbure, laissant libre le pyllore et le cardia, mobile. Présence de ganglions dans le ligament gastro-colique, mais pas dans le petit épiploon.

Pas d'ascite. Pas de métastases dans le foie.

On libère la tumeur du ligament gastro-colique. Là on voit qu'une grande partie du mésocôlon doit être enlevée, parce qu'elle envahit.

Le ligament gastro-colique est libéré des deux côtés, de façon que tous les ganglions visibles puissent être enlevés avec la tumeur, c'est-à-dire jusqu'au duodénum, et, vers la gauche, jusqu'à une paume de main au delà de la tumeur.

On libère ensuite le petit épiploon. Hémostase. La main pénètre autour de la tumeur.

Section et fermeture du duodénum; on rabat vers la gauche, en masse, l'estomac, les ganglions et une partie du pancréas. Section de l'estomac; suture en deux plans; on abouche une partie de la tranche de section au jéjunum. Il ne subsiste plus qu'un quart de l'estomac.

On examine alors le mésocôlon et le côlon transverse: la plus grande partie du méso, celle qui contient les vaisseaux, a été sectionnée; aussi doit-on enlever le côlon transverse. Des deux côtés, le côlon est coupé entre des clamps; on prend bien soin que la section porte à l'endroit où les vaisseaux battent.

Il est possible de suturer le côlon bout à bout.

Suture des bords de section du mésocôlon.

Fermeture du ventre.

Suites. — A part un petit abcès à la partie supérieure de la plaie, les suites sont excellentes.

Le 30 juin 1914, la malade s'alimente et quitte l'hôpital.

Elle est revue en 1917, en 1920 et en 1922 en excellente santé.

L'examen histologique a confirmé le diagnostic de cancer avec métastase ganglionnaire.

OBSERVATION XXIV. (FINSTERER.)

1924 : Homme de 55 ans. Malade depuis six mois. Anémié. Tumeur, de la grosseur du poing, palpable, de la région épigastrique. Anesthésie splanchnique.

Tumeur de la grande courbure, qui s'est étendue vers le côlon transverse et le pancréas. Ganglions pris.

Résection du pancréas et du côlon. Résection de l'estomac. Abouchement des bouts coliques en canon de fusil. Drainage. Guérison.

Anatomie pathologique. — Carcinome tubulaire.

L'anus se ferme dans les mois qui suivent.

Malade revue en 1929 (5 ans après), ayant engraisé de 28 kilos.

Observations de gastrectomie avec clivage.

OBSERVATION XXV (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé PAPIX.)

P... Homme de 60 ans, opéré en août 1931. Cancer de l'antre pylorique, qui adhère légèrement au pancréas et assez largement au mésocôlon transverse. Mais cette adhérence au mésocôlon n'intéresse que le feuillet supérieur de celui-ci. On incise donc ce feuillet péritonéal au voisinage du côlon et on le clive progressivement en le séparant des vaisseaux mésocoliques, qui ne sont pas lésés, sauf une veine qui est liée. Pylorogastrectomie, qui emporte donc ce feuillet supérieur du mésocôlon. Guérison sans incident.

OBSERVATION XXVI (Inédite).

(Due à l'obligeance du Docteur LAFARGUE.)

C... (Jeanne), 41 ans. Juin 1931.

Alors qu'elle n'avait jamais souffert de l'estomac, a eu en octobre 1930 une hématomèse (200 g.). En janvier 1931, commence à

souffrir une à deux heures après les repas : les douleurs, d'abord légères, deviennent de plus en plus intenses et se prolongent pendant toute la journée et une partie de la nuit. Depuis deux mois, elle vomit les aliments qu'elle vient d'ingérer et de la bile. Pas de vomissements de stase. Pas de melæna. Amaigrissement marqué, la malade ne mangeant plus pour ne pas souffrir, mais ayant conservé l'appétit.

Examen. — Masse grosse comme une orange, épigastrique, plutôt gauche, s'enfonçant sous le rebord costal, dure, mobile.

Liquide gastrique. — Hypochlorhydrie marquée.

Intervention (16 juin 1931). — Anesthésie locale et éther. Incision médiane. Libération d'adhérences épiploïques à la paroi. Dans la région épigastrique, tumeur du volume d'un petit poing, sans ganglions. Foie normal; quelques adhérences inflammatoires dans la région de la petite courbure. Ayant acquis la certitude qu'on pourra passer au-dessus et au-dessous de la tumeur, on ne s'occupe pas de la face postérieure. Libération de l'épiploon. La libération de la région duodéno-pylorique est rendue difficile du fait de l'adhérence de la tumeur au pancréas. On parvient cependant à passer une pince sur le duodénum, que l'on sectionne, puis que l'on ferme par suture extramuqueuse, après libération de ses faces et de ses bords. On poursuit la libération de la face postérieure en libérant la mésentérique supérieure. Ligature de la coronaire stomachique. On termine par un Polya partiel.

Diagnostic histologique. — Epithélioma.

Suites opératoires. — Le 17 juin 1931, la malade est très fatiguée. Pouls, 150. Hoquet. Lavage d'estomac. Deux injections d'ouabaine intraveineuse dans la journée. Pas de ballonnement abdominal.

Le 18 juin 1931, la malade paraît mieux. Pouls mieux frappé, à 120. Pas de hoquet, ni de nausées, ni de vomissements.

Suites normales à partir de ce moment.

Exeat le 11 juillet 1931 en excellent état. Elle mange bien, a engraisé.

Elle est revue fin novembre, très bien portante.

OBSERVATION XXVII (Inédite).

(Malade du service du Docteur LEFÈVRE,
opéré par le Docteur LAFFARGUE.)

C..., 61 ans. Entré à l'hôpital le 13 août 1926.

Au mois de juin, après un repas copieux, le malade est pris de violentes douleurs dans la région épigastrique : sensation de torsion, qui dura toute l'après-midi. Depuis, il souffre après tous ses repas, même sensation, mais moins vive qu'au premier jour. Depuis mi-juillet, recrudescence des douleurs, sans nausées ni vomissements.

Pas de melæna. Constipation opiniâtre. Amaigrissement de 5 à 6 kilos depuis le début de la maladie.

Repas d'épreuve : Hypoacidité. Kastle-Meyer négatif.

Radio. — Région pylorique floue, paraissant amputée.

Intervention (9 septembre 1926). — Anesthésie locale, puis chloroforme : au niveau du pylore, grosse tumeur du volume du poing, se mobilisant facilement. Rien du côté du foie. Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure. Gastrectomie de droite à gauche. La tumeur adhère en arrière au mésocôlon et à la tête du pancréas. Libération difficile. Hémostase pénible. Drain. Mèche.

Suites opératoires. — Les cinq premiers jours, état satisfaisant. Mèche enlevée le troisième jour. Le sixième jour, la température monte à 38°2 : le drain donne issue à une grande quantité de liquide opalescent avec résidu blanchâtre. La température tombe, mais remonte le lendemain : 38°4, 38°6. Pouls, 100.

Le malade meurt subitement le huitième jour.

OBSERVATION XXVIII (Inédite).

(D^r LEFÈVRE.)

D... (Innocentia), 57 ans. Mai 1929.

Depuis six mois, accuse de vagues douleurs dans la région épigastrique après les repas, avec sensation de barre épigastrique. Perte de l'appétit. Jamais de vomissements.

On note une voussure sus-ombilicale, située à gauche de la ligne médiane; tumeur grosse comme le poing, non adhérente à la paroi, très mobile dans le sens transversal, mobile avec la respiration. Submate à la percussion, elle donne un bruit net de clapotage à la succussion.

Opération (27 mai 1929). — Anesthésie locale à la butelline et anesthésie des splanchniques. Très volumineuse tumeur, de la grosseur du poing, adhérente au mésocôlon transverse. Gastrectomie large, avec dissection de la colique moyenne. Il n'y a pas de ganglions visibles ni de signe d'épanchement péritonéal. Tractus de péritonite fibreuse ancienne dans l'arrière-cavité des épiploons.

A l'ouverture de l'estomac, grosse tumeur à développement endogastrique, présentant à la partie postérieure une plaque fibreuse sous-péritonéale.

Examen histologique (Sabrazès). — Epithélioma glanduliforme très envahissant. Stroma lymphocytosique type lieberkuhnien.

Suites opératoires sans incidents.

Pendant un an a vécu en excellente santé, puis des signes de récidives se sont montrés.

La malade est morte en mai 1931 (deux ans après l'intervention).

Observations de gastrectomies avec résection simple du méso sans ligature de la moyenne colique.

OBSERVATION XXIX (Inédite).

(D^r LEFÈVRE.)

M... (Catherine), 40 ans. Janvier 1927.

Souffre de l'estomac depuis un an. Les douleurs apparaissent soit immédiatement après le repas, soit trois ou quatre heures après, s'accompagnent de vomissements qui la calment. Pas d'amélioration par un traitement médical. Amaigrissement de 2 ou 3 kilos. Les douleurs persistent au creux épigastrique. Jamais d'hématémèse ni de mælena.

Liquide de stase : acidité totale, 0,24; combinée, 0,24.

Repas d'épreuve : acidité totale, 0,93; combinée, 0,93.

Kastle-Meyer : positif.

Opération (13 janvier 1927). — Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale : tumeur pylorique adhérente au mésocôlon transverse. L'estomac n'est pas friable ni œdématié. Gastro-pyloréctomie de droite à gauche, avec résection simple du mésocôlon. Gastro-entérostomie postérieure.

Examen histologique (Prof. Sabrazès). — Il s'agit d'un ulcère en bordure duquel des tendances à l'ulcéro-cancer s'ébauchent.

Suites opératoires : simples. • Lever le vingt-cinquième jour.

La malade, en bon état, quitte l'hôpital, le 2 mars 1927.

Un mois après la sortie de l'hôpital, la malade est prise de vomissements bilieux abondants, maigrit considérablement. Réopérée le 2 juin 1927, on trouve des adhérences du grêle et du côlon transverse qui sont fusionnées à la paroi. En arrière, adhérences parsemées de granulations blanchâtres. Il s'agit d'une généralisation péritonéale, d'un néoplasme gastrique avec adhérences et rétrécissement du grêle.

OBSERVATION XXX (Inédite).

(D^r LEFÈVRE.)

C... (Pierre), 58 ans. Entré le 23 mars 1927.

Souffre de l'estomac depuis deux mois, par crises presque continues; une heure après les repas douleur dans le creux épigastrique avec régurgitation. Jamais de vomissements vrais. Les douleurs deviennent plus vives; l'appétit diminue. Amaigrissement de 7 kilos.

Sous le rebord costal gauche, la palpation révèle une tumeur du volume du poing, douloureuse, peu mobile. ✓

Liquide de stase : acidité totale, 0,08.

Repas d'épreuve : acidité totale, 0,25.

Kastle-Meyer : positif. Réactif de Bordet-Wassermann : négatif.

Opération (30 mars 1927). — Anesthésie à l'éther. Laparotomie sus-ombilicale avec branche latérale gauche. Volumineuse tumeur laissant le pylore libre, adhérente à la partie moyenne du méso-

côlon transverse. Gastrectomie de droite à gauche avec résection du mésocôlon transverse sans ligature de la colica média. Gros ganglions sous-pyloriques et le long de la petite courbure. Fermeture en un plan aux fils de bronze.

Suites opératoires. — Le malade est fatigué le lendemain de l'opération. Température : 37°4. Pouls : 110. Le troisième jour : 38°6. Le cinquième jour, température : 37°4. Pouls : 120. La famille emporte le malade : nous avons su, depuis, qu'il a survécu à l'opération, mais nous n'avons pu nous procurer de ses nouvelles.

OBSERVATION XXXI (Inédite).

(Prof. agrégé PAPIN.)

Femme de 49 ans, opérée le 21 novembre 1929. Cancer de l'estomac qui, en arrière, contracte déjà avec le pancréas quelques adhérences lâches, ne semblant pas forcément néoplasiques. Le mésocôlon est adhérent sur la surface d'une pièce de 5 francs environ. Pyloro-gastrectomie en clivant au thermocautère les adhérences pancréatiques. La portion de mésocôlon adhérente est circonscrite au bistouri et enlevée avec l'estomac; elle n'intéresse pas les vaisseaux. Guérison sans complication.

OBSERVATION XXXII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé PAPIN.)

N..., femme de 58 ans, opérée le 18 novembre 1930. Cancer de l'estomac. Enorme masse néoplasique de l'antra pylorique, qui adhère au mésocôlon sur une étendue très limitée. Cette portion du mésocôlon adhérente est circonscrite au bistouri et enlevée avec le néoplasme sans intéresser de gros vaisseaux, semble-t-il. Pyloro-gastrectomie. On se sert de la brèche produite par la résection mésocolique pour faire passer l'intestin grêle et rétablir la continuité gastro-juénale. Guérison.

OBSERVATION XXXIII.

(FINSTERER.)

Femme de 59 ans, malade depuis cinq mois. Vomissements depuis deux mois. Amaigrissement considérable. Poids actuel : 37 kg. 500.

Opération. — Anesthésie locale et 30 cc. d'éther. Cancer de la petite courbure adhérent au foie et au mésocôlon. Ganglions tout le long de la petite courbure, remontant presque jusqu'à l'œsophage. Résection subtotale de l'estomac et d'une partie du mésocôlon. Moignon d'estomac trop petit pour faire un Billroth-II. Anastomose termino-latérale. Mèche et drain. Fermeture de la paroi.

Histologie : adéno-carcinome tubulaire.

Mort six ans après.

OBSERVATION XXXIV (1911).

(FINSTERER.)

Homme de 48 ans, malade depuis deux mois et ayant beaucoup maigri. Tumeur facilement palpable.

Radiographie. — Défaut de remplissage de la région pylorique. Scopolamine-morphine, éther.

Cancer, de la grosseur du poing, de la région prépylorique. Mésocôlon envahi. Ganglions pris.

Résection du mésocôlon, des dimensions d'une paume de main. Gastrectomie. Anastomose de Kocher. Drain.

Histologie : adéno-carcinome. 1924 et 1929. Guérison.

OBSERVATION XXV (1912).

(FINSTERER.)

Femme de 53 ans, très amaigrie.

Radiographie. — Défaut de remplissage de l'estomac.

Anesthésie locale. Cancer, de la grosseur du poing, siégeant sur la petite courbure, gagnant vers le pylore et ayant envahi le mésocôlon

et le pancréas. Infiltration jusqu'au foie. Résection du mésocôlon et du pancréas. Gastrectomie subtotale. Drainage. Guérison par première intention.

Histologie. — Carcinome simple.

En 1924, douze ans et demi après, mort de congestion pulmonaire.

OBSERVATION XXXVI.

(FINSTERER.)

Homme de 64 ans, bacillaire; a perdu l'appétit depuis six mois. Amaigrissement important. Tumeur peu mobile, deux fois grosse comme le poing, palpable. 1913. Anesthésie locale.

Tumeur, plus grosse que deux poings, de la petite courbure, s'infiltrant sur le pancréas et le mésocôlon. Peu de ganglions envahis.

Résection du mésocôlon, du pancréas. Gastrectomie subtotale. Guérison.

Histologie. — Cancer colloïde.

Mort en 1922 d'insuffisance cardiaque.

OBSERVATION XXXVII.

(FINSTERER.)

Femme de 38 ans, malade depuis cinq mois.

Poids : 47 kg. 500. Tumeur palpable.

Opération en 1916. Cancer de l'antre, de la grosseur de la main, propagé à la tête du pancréas et infiltrant le mésocôlon.

Ganglions le long de la petite courbure, remontant jusqu'à l'œsophage et ganglions supra-pancréatiques s'étendant jusqu'au tronc cœliaque.

Résection du mésocôlon et d'une partie de la tête du pancréas. Résection subtotale de l'estomac. Drain. Guérison.

Histologie. — Cancer solidum.

Guérison en 1924. Mort en 1928.

OBSERVATION XXXVIII.

(FINSTERER.)

Femme de 60 ans, malade depuis un an. Tumeur palpable.

Radio. — Défaut de remplissage de l'antré.

Opération (1919). — Anesthésie locale. Cancer prépylorique, de la grosseur du poing, atteignant le mésocôlon et la tête du pancréas. Ganglions dans l'angle duodénal. Résection du mésocôlon et de la tête du pancréas. Résection subtotale de l'estomac.

Histologie. — Carcinome tubulaire. Ganglions non envahis. Guérison lente. En avril 1929, bon état général.

OBSERVATION XXXIX.

(FINSTERER.)

Homme de 51 ans, malade depuis un an. Examiné six mois auparavant, on diagnostique un cancer médiogastrique, inopérable. Envoyé en vue d'une gastro-entérostomie, pour des vomissements.

Opération (1920). — Anesthésie splanchnique. Cancer de la grosseur du poing, siégeant sur la partie moyenne de l'estomac, mais empiétant vers le cardia et le pylore. Peu de ganglions. Pancréas et mésocôlon envahis. La gastro-entérostomie ne peut être faite, seule la résection s'impose pour éviter au malade une jéjunostomie. Résection du mésocôlon et de la tête du pancréas. Résection subtotale de l'estomac. Guérison.

Histologie. — Adéno-carcinome avec métastases dans les ganglions.

1929 et 1930 : Complètement guéri. Augmentation de poids de 10 kilos.

OBSERVATION XL.

(FINSTERER.)

Femme de 64 ans présentant une tumeur mobile, palpable.

6 février 1920 : Anesthésie splanchnique. Cancer de la petite

courbure de la grosseur du poing. Résection de l'estomac, d'une partie du pancréas et du mésocôlon. Guérison complète.

Histologie. — Cancer tubulaire.

OBSERVATION XLI.

(FINSTERER.)

Homme de 61 ans. Malade depuis six mois et amaigri. Tumeur palpable.

Radiographie. — Défaut de remplissage de l'estomac.

1923 : Anesthésie splanchnique. Cancer de l'antre de la grosseur du poing. Mésocôlon envahi. Ganglions de l'angle duodénal. Résection du mésocôlon et résection subtotale de l'estomac.

Histologie. — Adéno-carcinome. Métastase dans les ganglions.

1929 : Guéri.

OBSERVATION XLII.

(FINSTERER.)

Femme de 31 ans. Malade depuis un an. Tumeur sténosante de la grosseur d'une pomme.

Opération (1912). — Cancer circulaire, prépylorique s'étendant au mésocôlon. Ganglions supra-pancréatiques envahis jusqu'au tronc cœliaque. Résection du mésocôlon (paume de la main). Ablation des ganglions. Résection subtotale de l'estomac. Guérison.

Histologie. — Cancer colloïde.

Malade revue en septembre 1928, ayant engraisé de 20 kilos.

En 1929, perte de l'appétit, vomissements.

Radiographie. — Récidive locale avec sténose.

Deuxième opération (1929). — Carcinome infiltrant du moignon de l'estomac, s'étendant jusqu'au côlon transverse et à la rate. Jéjunostomie. Mort six semaines après.

Anatomie pathologique. — Cancer squirreux.

Observations de gastrectomies avec résection du mésocôlon et ligatures de la colique moyenne.

OBSERVATION XLIII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé LOUBAT.)

Mme X..., 70 ans, examinée en mars 1928.

La malade vient se faire examiner parce que, depuis quelques mois, elle a perçu dans l'abdomen une tuméfaction dure et mobile.

Dans son histoire, on ne trouve aucun trouble fonctionnel gastrique ou intestinal. On note seulement une légère diminution de l'appétit, peut-être de l'amaigrissement, mais le teint est pâle.

Dans les antécédents, il n'y a rien à signaler : deux enfants bien portants. Aucune maladie importante.

A l'examen, on perçoit à travers une paroi abdominale mince, peu résistante, une tumeur un peu allongée, en forme de demi-banane, à direction transversale, se promenant au-dessous de l'ombilic, à droite et à gauche. Elle est très mobile et indolore : cependant une pression à ce niveau est un peu pénible.

Pas d'ascite. Pas de ballonnement abdominal. Toucher rectal négatif.

L'examen des divers appareils ne révèle rien. Le diagnostic est hésitant entre tumeur de l'épiploon, néoplasme de la grande courbure de l'estomac et néoplasme du côlon transverse sans sténose.

L'examen radiographique montre que le gros intestin est libre; par contre, il existe une grosse encoche au niveau de la grande courbure.

On porte alors le diagnostic de néoplasme gastrique.

Opération (début avril 1928). — Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie : On tombe sur une tumeur de la grande courbure, allongée, atteignant le pylore, mais laissant libre la moitié supérieure de l'estomac environ. Estomac mobile, mais la tumeur, qui englobe l'épiploon correspondant, est très adhérente au mésocôlon transverse sur l'étendue de la paume de la main, cependant assez loin de la racine du méso d'une part et du côlon transverse d'autre part pour qu'on puisse tenter l'intervention.

Décollement colo-épiploïque. Gastrectomie des deux tiers environ avec résection du mésocôlon; on doit lier deux branches vasculaires englobées dans la masse, mais l'arcade juxta-intestinale peut être respectée. Billroth-II.

Suites : Bonnes, malgré une fistule du bout duodénal qui s'est ouverte vers le dixième jour et qui a guéri ensuite en trois semaines.

Cette malade a été revue le 21 novembre 1931 : Elle est en excellente santé et ne présente aucun signe de récurrence trois ans et huit mois après l'intervention.

OBSERVATION XLIV (Inédite).

(Professeur agrégé PAPIN.)

D..., 55 ans. Femme opérée le 15 décembre 1929.

Epithélioma très étendu de la moitié inférieure de l'estomac.

Le mésocôlon est adhérent et la portion adhérente est réséquée et enlevée avec l'estomac. On hésite au point de vue de ce que vaut la vascularisation du côlon transverse restant, car des vaisseaux mésocoliques ont été sacrifiés. Comme le côlon semble suffisamment coloré en fin d'opération, on le conserve et on ferme sans drainage.

Suites opératoires : Excellentes pendant quarante-huit heures, puis il se fait un peu de fièvre et surtout le pouls s'accélère beaucoup. On réintervient alors immédiatement, pensant que le côlon transverse est en train de se sphacéler. Il n'en est rien et il a conservé toute sa vitalité. En explorant davantage, on découvre alors, au niveau du moignon duodénal, une petite zone escarifiée; avec un peu de liquide louche. Un drain et deux mèches sont mis au contact. La température et le pouls redeviennent dès lors tout à fait normaux. La guérison s'est faite sans autre complication.

OBSERVATION XLV.

(FINSTERER.)

Femme de 36 ans, malade depuis huit mois.

Radio : Défaut de remplissage de l'antrum. Tumeur du volume du poing.

Opération (1914). — Anesthésie locale. Cancer de la petite courbure; mésocôlon infiltré en deux points; pancréas envahi; nombreux ganglions s'étendant jusqu'à l'œsophage.

Mobilisation difficile. Résection du mésocôlon au cours de laquelle l'artère colique moyenne doit être liée.

Il n'y a pas de trouble dans la vascularisation du côlon.

Résection de la tête du pancréas avec résection subtotale de l'estomac. Drain.

Histologie. — Squirrhe. Etat général bon; augmentation de poids.

1927. — Amaigrissement considérable, grande faiblesse, vomissements.

Juillet 1927 : Radio. Récidive locale sur le moignon de l'estomac correspondant à une tumeur palpable.

Octobre 1927 : Mort.

OBSERVATION XLVI.

(FINSTERER.)

Homme de 56 ans. Syphilitique. Souffre de l'estomac depuis trois mois.

Radiographie. — Défaut de remplissage de l'antré.

Opération (1926). — Anesthésie locale. Tumeur de la grosseur du poing, de la petite courbure, s'étendant vers le duodénum et le mésocôlon. Envahissement des ganglions.

Résection du mésocôlon, ligature de l'artère colique moyenne dans sa branche principale. Le côlon reste nourri. Résection subtotale de l'estomac. Drainage. Guérison.

Histologie. — Cancer simple infiltrant.

OBSERVATION XLVII (Inédite).

(D^r LEFÈVRE.)

B..., 56 ans. Entrée à l'hôpital le 8 juillet 1929. Depuis le mois de février, la malade se plaint de douleurs vagues dans tout le ventre. Sensation de coliques qui apparaissent à n'importe quelle heure de la journée et durent un quart d'heure ou une heure. En même temps, constipation opiniâtre.

Depuis le mois d'avril, régurgitations liquides : la malade constate alors l'apparition d'une tumeur, comme un œuf de pigeon, au-dessous et à gauche de l'ombilic. L'appétit diminue, les forces déclinent. Pas de vomissements. Constipation rebelle.

A l'examen, malade pâle et amaigrie. On voit et on palpe au-dessous et en dehors de l'ombilic, du côté gauche, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, dure, bien limitée, ovoïde, très mobile dans tous les sens, non douloureuse.

Opération (12 juillet 1929). — Anesthésie à l'éther. Volumineux néoprépylorique de la grande courbure adhérent au mésocôlon transverse. Résection d'une partie du mésocôlon avec ligature de la colique moyenne. On peut respecter l'arcade bordante.

Gastrectomie, gastro-entérostomie. On se rend compte que le duodénum est très dilaté, comprimé par l'artère mésentérique. Duodénostomie.

Fermeture de la paroi en un plan aux fils de bronze.

Suites opératoires : excellentes; la malade sort le dix-neuvième jour. N'a pas été revue.

OBSERVATION XLVIII (Inédite.)

(D^r LEFÈVRE.)

C... (Jean), 67 ans. Mars 1926.

Depuis sept à huit mois, douleur au creux épigastrique, sans liaison avec les repas. Pas de vomissements. Appétit un peu diminué. Depuis trois mois, souffre régulièrement de suite après les repas pendant deux ou trois heures. Jamais de vomissements, ni de melæna. A maigri de 23 kilos.

A la palpation, douleur au milieu de la ligne xypho-ombilicale.

Radiographie. — Estomac très dilaté, abaissé, se vidant avec une extrême lenteur par suite d'une sténose pylorique encore incomplète. Rigidité segmentaire du bord supérieur de l'antrum pylorique. Effacement du pylore, qui est remplacé par un trajet tortueux, très rétréci.

Liquide gastrique retiré à jeun : 73 centimètres cubes.

Acide chlorhydrique libre : 0.

Acidité totale : 0,18.

Recherche du sang positive.

Recherche du sang dans les selles : fortement positive.

Opération (6 avril 1926). — Anesthésie au chloroforme. Volumineux cancer du pylore avec ganglions sous-pyloriques. Adhérences capitonnées du mésocôlon transverse, au niveau de la colique moyenne. Ganglions dans le petit épiploon et le long de la petite courbure.

Décollement colo-épiploïque. Excision de la partie moyenne du mésocôlon transverse, qui est adhérent au pylore. Ligature de la colique moyenne. Dissection et ligature de la pancréatico-duodénale. Libération des ganglions sous-pyloriques. Suture du duodénum après écrasement. Ligature de la coronaire stomachique et dépouillement de la petite courbure. Gastrectomie et anastomose au jéjunum. Fixation de l'estomac à la brèche mésocolique. Fermeture de la paroi en un plan. Drainage.

Suites opératoires. — Normales. Sort guéri le 25 avril 1926.

Pendant trois mois, s'est bien porté, mais rapidement s'installent des signes de cachexie avec gros foie, dur et irrégulier; métastase hépatique. Mort le 11 août 1926.

OBSERVATION XLIX (Inédite.)

(D^r LEFÈVRE.)

J... (Louise), 53 ans. Janvier 1929

Il y a treize mois, a commencé à souffrir de l'estomac aussitôt après les repas. La douleur, très vive, localisée au creux épigastrique dure trois quarts d'heure, suivie d'une sensation de pesanteur pendant trois heures. Au bout de six mois, les douleurs se calment, la pesanteur persiste, des vomissements apparaissent : non bilieux, glaires filantes. Amaigrissement de 18 kilos. Appétit conservé. La malade ne mange pas pour éviter les vomissements.

Depuis quinze jours, constipation opiniâtre, coliques dans tout l'abdomen; très peu de gaz.

Examen. — Abdomen tendu, météorisé surtout dans la région sous-ombilicale. De temps à autre on voit naître une tumeur arron-

die, dans la région cæcale, qui remonte doucement vers l'hypocondre droit, puis vers l'épigastre où elle s'arrête et disparaît : cette tumeur est sonore à la percussion.

Dans l'hypocondre gauche on sent une masse dure, douloureuse, mate à la percussion.

Conclusion : malgré l'absence d'anorexie, l'atteinte marquée de l'état général, la présence d'une pesanteur au creux épigastrique, de signes d'une légère sténose, l'existence d'une tumeur dans la région de l'estomac, permettent de conclure à un néo de l'estomac.

D'autre part, les phénomènes intestinaux consistant en hyperperistaltisme, crises de coliques et bruits musicaux constituent un syndrome de Koenig, signe d'un rétrécissement du côlon transverse par une cause dépendant de la présence du néoplasme.

Intervention (23 janvier 1929). — Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve de l'ascite, un cancer médiogastrique sténosant avec envahissement du côlon transverse et du mésocôlon. Occlusion sur le transverse. Anus cæcal.

CONCLUSIONS

Depuis 1927, époque à laquelle a paru le travail de MM. Charrier et Charbonnel, nous avons rassemblé 49 cas nouveaux d'opérations dirigées contre le cancer de l'estomac adhérent au côlon ou au mésocôlon transverse. A la faveur de ces observations, dont 17 sont inédites, nous nous sommes efforcé de préciser la technique et les indications de ces opérations.

1° Les opérations palliatives seront dirigées contre les sténoses gastriques ou intestinales; on sera amené à faire, dans ce cas, soit une gastro-entérostomie antérieure, soit une dérivation intestinale qui, la plupart du temps, sera une cœcostomie.

2° Les opérations à tendance curative seront de deux ordres:

a) La gastrocolectomie : on emploiera une technique à rapprocher de celle de Delagenière, c'est-à-dire une résection en bloc de l'estomac et du côlon. C'est du traitement du gros intestin que viendront les difficultés; les opérations possibles sont :

l'anastomose immédiate précédée ou non d'une dérivation cœcale;

un anus *in situ* en canon de fusil;

une résection étendue (le plus souvent hémicolectomie).

b) Les gastrectomies sans colectomies, mais avec clivage du méso, résection de ce dernier suivie ou non de ligature de la *colica media*. Nous insistons sur ce fait que ces opérations sont assez souvent praticables.

3° Le traitement préopératoire sera très minutieux; en particulier si le diagnostic d'adhérence au côlon est fait (lavement opaque), il ne sera pas inutile de faire une cœcostomie préalable à la gastrocolectomie.

4° Les contre-indications des opérations curatives sont la cachexie et l'anémie ou l'extension trop grande du néoplasme : pour Lehmann l'adhérence au pancréas serait une contre-indication formelle.

3° Les gastrocolectomies seront pratiquées :

a) Si, à la suite d'une ligature de la *colica media*, on craint le sphacèle du côlon;

b) Dans les cas d'adhérences en bloc, soit directe, soit lympho-ganglionnaire de l'estomac au côlon.

6° Dans les autres cas, dits « d'adhérences moyennes », on s'efforcera de pratiquer des opérations économiques : gastrectomie avec clivage, avec résection du méso, avec ou sans ligature de la colique moyenne.

7° L'anatomie, qui nous montre la disposition et l'importance très variable des artères du mésocôlon transverse, et les résultats opératoires nous apprennent que la ligature de la colique moyenne n'est pas toujours suivie d'ischémie du gros intestin.

8° Ces opérations limitées ne sont pas théoriquement absolument satisfaisantes, puisque avec le cancer elles ne permettent pas d'enlever la totalité du territoire ganglionnaire envahi : l'étude des lymphatiques du côlon transverse est en cela démonstrative.

En dépit de ces notions, l'expérience nous montre que les résultats éloignés des opérations limitées peuvent être satisfaisants.

9° Notre mortalité de gastrocolectomies de 29,4 p. 100 est à peu près celle que les autres auteurs ont indiquée. Cette

opération peut donner de bons résultats éloignés et doit être tentée.

10° Les gastrectomies avec clivage ou résection du mésocôlon ne s'accompagnent pas d'une mortalité plus forte que celle que l'on observe après les gastrectomies pour cancers non adhérents au mésocôlon transverse. Elles ont donné des résultats éloignés qui sont encourageants.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

Le Président,

G. CHAVANNAZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 11 décembre 1931.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALTSCHUL. — Beitrag zur Chirurgie des Magencarcinoms. Bericht über 612 in der Zeit von 1893-1911 (Hofrat Prof. Dr. A. Wölfler) beobachtete Fälle. *Brün's Beitr.*, 1913, Bd 84, S. 421.
- ASHHURST. — Surgery of the upper abdomen. 2 Ed. 1921, Blackington.
- BIER, BRAUN, KÜMMEL. — Operationslehre, 4. Auflage.
- BERNOV et FRUCHAUD. — Cancer de l'estomac adhérent au mésocôlon transverse. Gastrectomie et colectomie combinées. Soc. de chir. de Paris, 20 mai 1927, Rapport de Pauchet.
- BUY. — Thèse de Toulouse, 1901. Anatomie du côlon transverse.
- CASTRO. — Gastrectomia cylindrica con resektion del colon por cancer annular del estomago. *Rev. Soc. méd. Argentina*, Buenos-Ayres, 1903, p. 556-561.
- CHARRIER et CHARBONNEL. — Cancer de l'estomac et mésocôlon transverse. *Revue de chirurgie*, 1927, n° 10, p. 842.
- CHAUVENET. — Le traitement chirurgical du cancer de l'estomac. Etude critique des contre-indications opératoires. Thèse Bordeaux, 1925.
- Le signe du « capitonnage » mésocolique dans le cancer de l'estomac. *Gaz. des hôp.*, n° 30, 23 juin 1926.
- CUNÉO. — Soc. de chir. de Paris, 1913, p. 74.
- A propos de la communication de Delagenière. Soc. de chir. de Paris, 23 mars 1927.
- DELAGENIÈRE. — Résection en bloc de l'estomac et du côlon transverse pour cancers de l'estomac adhérents ou généralisés au côlon ou au mésocôlon transverse. Soc. de chir. de Paris, 23 mars 1927.

- DELANNOY, GERNEZ et LAMBRET. — Cancer de l'estomac propagé au côlon transverse. Gastrectomie avec colectomie segmentaire. Soc. de méd. du Nord. *Presse médicale*, 13 août 1930, p. 1098.
- DELORE. — Soc. des sciences méd. de Lyon, 7 nov. 1906, 17 févr., 3 mars 1909, in *Lyon médical*, p. 324, 1909, et t. I, p. 667.
- Soc. de chir. de Lyon, 4 févr. 1909.
- Thèse de Payot, 1913.
- *Lyon chirurgical*, avec Alamartine, 1909.
- *Lyon chirurgical*, avec Santy, 1914.
- *Revue de chirurgie*, avec Guilleminet, 1920, p. 123 (gastrectomies en deux temps).
- DELORE. — *Lyon chirurgical*, avec Mallet, Guy et Burlet, nov.-déc. 1926; *Presse médicale*, avec Mallet, Guy et Burlet, 6 oct. 1926; Thèse de Bourlet, Lyon 1923. Résultats éloignés.
- DESCOMPS et TURNESCO. — Les vaisseaux lymphatiques du gros intestin et leurs ganglions. Soc. de chir. de Paris, déc. 1922.
- DUVAL (P.). — Soc. de chir., 12 avril 1924.
- FINSTERER. — Dauererfolge bei der Resektion des Magencarcinoms
- FRANCKE. — *Archiv. für Anat. und Phys.*, 1910, p. 191.
- FINSTERER. — Dauererfolge bei der Resektion des Magencarcinoms. *W. Kl. W.*, 1924, Nr 43, S. 11370, Nr 46, S. 1181.
- Suites immédiates et éloignées des résections gastriques. *Medizinische Klinik*, an XXV, n° 6, 8 févr. 1929, p. 219, *Journal de chirurgie*, p. 93.
- Etude clinique et traitement chirurgical du cancer de l'estomac. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, t. CLIX, fas. 1, avril 1930, p. 30-119.
- GUINARD. — Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet, 1910, fasc. « Abdomen », p. 290.
- GOULLLOUD. — Résection simultanée de l'estomac et du transverse (3 observations). *Lyon chirurgical*, 1^{er} mai 1913; et Ollivier, *Presse médicale*, 1921, p. 156.
- GUILLOT. — Thèse de Paris, 1900.
- HABERER. — Meine Erfahrungen mit 183 Magenresektionen. *Arch. f. klin. Chir.*, 1913, Bd. 106, S. 533.

- HARTMANN. — Travaux de chirurgie, 6^e série : Estomac, 1926, p. 141.
- HESSE. — Sur la pathologie chirurgicale du mésocôlon transverse, en particulier sur la formation de brèches mésocoliques d'origine traumatique. *Brun's Beitrage zur klinischen Chirurgie* (Tübingen), t. CXXVIII, fasc. 1, 1923.
- Ueber erweiterte Indikationen zur Magenresektion beim Carcinom. *D. Zschr., f. Clin.*, 1927, Bd. 20 3/4, S. 204.
- KOLBE. — Thèse Lausanne, 1901.
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, t. III.
- LEFÈVRE et COSTEDOAT. — Gastrectomie subtotale avec résection du transverse. Soc. de méd. et chir. de Bordeaux, 17 déc. 1926, in *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 30 janv. 1927.
- LEFÈVRE et BROUSTET. — Cancer de l'estomac. Envahissement du mésocôlon transverse. Gastrectomie subtotale et colectomie segmentaire. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, janv. 1930.
- LEHMANN. — Ueber Magencolonresektion bei Magencarcinom. *Brun's Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CXLII, fasc. 2, p. 240-252; *Journal de chirurgie*, 1928, p. 97.
- LEMOINE. — Deux cas de nécrose du côlon transverse consécutive à la pyloréctomie large pour cancer. Résumé in *Journ. de chir.*, 1923, t. XXII, p. 470.
- LERICHE. — Thèse Lyon, 1906.
- LERICHE. — *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, t. CI, 20^e cahier, 25 oct. 1930, p. 777.
- LORIN. — *Journ. de chir.* févr. 1927.
- MACAGGI. — Sur les conséquences des blessures chirurgicales des vaisseaux coliques moyens. *Archivio italiano di chirurgia* (Bologne), vol. VI, fasc. I, oct. 1922.
- MAU. — Die Magenkolonresektion bei Carcinoma ventriculi. *Deutsche Zeit. f. Chir.*, 1921, p. 216.
- MAYO (Ch.) et MAYO (A.). — Cancer de l'estomac et son traitement chirurgical. *Ann. of Surgery*, août 1917.
- NOORDENBOS. — Sur l'extirpation du côlon transverse « en masse » avec l'estomac cancéreux. *Neederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, n^o 24, 17 juin 1922.

- OPPEL. — *Annals of Surgery*, 1914.
- PAUCHET. — Traitement chirurgical du cancer de l'estomac. *Journ. de Chir.*, 1919.
- PAUCHET (V.) et HIRSCHBERG. — *Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, juill. 1927.
- PERTHES. — Die Magenkolonresektion; eine typische Operation bei bestimmten Formen von Magencarcinom. *Zeitsch. für. Chir.*, Leipzig, 1913, p. 1087-1101.
- PICARD. — Résection en bloc de l'estomac et du côlon transverse pour cancer. Soc. de chir. de Paris, 8 juin 1927, Rapport de Fredet.
- PONCET, DELORE et LERICHE. — Acad. de méd., 23 mars 1909.
- POURCELET. — Le cancer de la grande courbure de l'estomac. Thèse Bordeaux, 1931.
- ROSSI. — Resezion subtotale dello stomaco, del colon transverse, di parte dell'ascendente et del descendante per carcinoma primitivo dell stomaco. *Atti. di Lombardes. di Sc. med.* Milan, 1921, t. X, p. 163-66.
- RICHARD. — Les pédicules vasculaires et lympho-ganglionnaires du côlon transverse : recherches en vue de la chirurgie de cet organe. *Ann. d'anat. path.*, n° 6, juin 1926.
- *Journ. de chir.*, nov. 1926.
- SCHÖNBAUER und ORATOR. — Spätresultate bei Magencarcinomen. *W. Kl. W.*, 1924, Nr 4, S. 79.
- STICH und MAKKAS. — Fehler und Gefahren bei chirurgischen Operationen. Jena, 1923, S. 476, Fischer.
- TUFFIER et ROUX-BERGER. — *Traité des maladies de l'estomac et de l'œsophage*, 1913, p. 863.
- WEIL. — *Berl. klin. Woch.*, 1913, bldz 390.

